**G R A D *Š I B E N I K***

**Upravni odjel za društvene djelatnosti**

**ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA ISPLATU BOŽIĆNICE U 2024. GODINI**

**IME I PREZIME:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ADRESA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OIB:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKT BROJ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TEKUĆI RAČUN IBAN: HR**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(priložiti presliku kartice tekućeg računa odnosno G obrazac FINA-e ako je račun zaštićen)

**STATUS PODNOSITELJA ZAHTJEVA (zaokružiti A, B ili C):**

***A) UMIROVLJENIK***

Kao dokaz prilažem:

1. **Korisnik isključivo inozemne mirovine** - Potvrdu o visini inozemne mirovine ostvarene za listopad 2024. godine (izvadak iz bankovnog računa ili potvrda banke odnosno inozemnog nositelja)
2. **Korisnik mirovine (HZMO)** – Potvrdu/obavijest HZMO-a o visini mirovine ostvarene za listopad 2024. godine

**-** Presliku osobne iskaznice

***B) KORISNIK ZAJAMČENE MINIMALNE NAKNADE STARIJI OD 65 GODINA***

 Kao dokaz prilažem:

- Potvrdu Hrvatskog zavoda za socijalni rad, Područni ured Šibenik odnosno odrezak s uplatom ZMN za razdoblje 1.10.-31.10.2024. godine ili ispis prometa po tekućem računu za studeni 2024. godine

- Presliku osobne iskaznice

***C) OSOBA STARIJA OD 65 GODINA KOJA NIJE OSTVARILA PRAVO NA MIROVINU***

 Kao dokaz prilažem:

* Potvrdu da nisam korisnik prava iz mirovinskog osiguranja Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje
* Potvrdu Porezne uprave o visini dohodaka i primitaka za zadnja tri mjeseca
* Presliku osobne iskaznice

**G R A D *Š I B E N I K***

**Upravni odjel za društvene djelatnosti**

**IZJAVA O DAVANJU SUGLASNOSTI ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA**

Potpisom ovog obrasca, izjavljujem da slobodno i izričito dajem privolu za prikupljanje i daljnju obradu osobnih podataka ustupljenih Gradu Šibeniku u svrhu provedbe isplate božićnice uz poštivanje odredbi Uredbe(EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka-GDPR) i Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka („Narodne novine“, broj 42/2018) pri prikupljanju u ustupanju Gradu Šibeniku osobnih podataka trećih osoba za potrebe isplate božićnice umirovljenicima i drugim osobama na području Grada Šibenika.

Grad Šibenik će s dobivenim osobnim podacima postupati sukladno Uredbi (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka-GDPR) i Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka („Narodne novine“ broj 42/2018) uz primjenu odgovarajućih tehničkih i sigurnosnih mjera, zaštite osobnih podataka od neovlaštenog pristupa, zlouporabe, otkrivanja gubitka ili uništenja.

Grad Šibenik čuva povjerljivost dobivenih osobnih podataka te omogućava pristup i priopćavanje osobnih podataka zaposlenicima kojima su isti potrebni radi provedbe njihovih poslovnih aktivnosti te trećim osobama u slučajevima koji su izričito propisani zakonom.

U Šibeniku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024. godine

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (potpis)