



Podpisani

Ime _____

Priimek _____

Datum rojstva _____

Kraj rojstva _____

Davčna številka _____

Dokument in številka dokumenta _____

Telefon _____

E-mail _____

Zdravnik, ki je izdal potrdilo za opustitev cepljenja _____

Zahteva izdajo potrdila za opustitev cepljenja proti SARS-CoV-2 v digitalnem formatu.

Dovoljuje obdelavo osebnih podatkov v skladu z zakonodajno uredbo 2018/101 in z GDPR (Uredba EU 2016/679).

Kraj in datum

Podpis

V skladu s 13. členom zakonske uredbe št. 196 z dne 30.06.2003 vas obveščamo, da bodo osebni podatki, zbrani s to izjavo, obdelani tudi računalniško izključno za namene postopka, za katerega je vložena zahteva.