



*PRISTOPNA IZJAVA K ČLANSTVU  
V ALUMNI KLUBU FAKULTETE ZA ZDRAVSTVNE VEDE V CELJU*

**1. OSEBNI PODATKI**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Dekliški priimek: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega prebivališča: \_\_\_\_\_

**2. KONTAKTNI PODATKI**

E-naslov: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**3. PODATKI O ŠTUDIJU**

Leto vpisa na FZVCE: \_\_\_\_\_

Leto zaključka študija na FZVCE: \_\_\_\_\_

Vpisna številka: \_\_\_\_\_

Podiplomski študij (navedite fakulteto in študijski program): \_\_\_\_\_

**4. PODATKI O ZAPOSLOTVI**

Trenutno zaposlen (naziv delovne organizacije): \_\_\_\_\_

Področje dela: \_\_\_\_\_

Delovno mesto: \_\_\_\_\_

»Z včlanitvijo v Alumni klub Fakultete za zdravstvene vede v Celju soglašam in dovoljujem, da se moji osebni podatki hranijo, obdelujejo in uporabljajo izključno za potrebe Fakultete za zdravstvene vede v Celju, na varen način in v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov ter z namenom statističnega obdelovanja, kontaktiranja in informiranja preko pošte, elektronske pošte in SMS sporočil. Fakulteta za zdravstvene vede v Celju se zavezuje, da osebnih podatkov ne bo posredovala tretjim osebam in jih zbira in obdeluje le za lastne potrebe. Osebni podatki se bodo obdelovali do preklica.

Soglasje za obdelavo osebnih podatkov je mogoče kadarkoli preklicati. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave na podlagi privolitve pred njenim preklicem. V skladu s Splošno uredbo o varstvu podatkov lahko izkoristite tudi pravico do dostopa do vaših osebnih podatkov ali pravico do popravka. Vlogo za uveljavljanje zgoraj navedenih pravic pošljete z elektronsko pošto na el. naslov šole ali el. naslov pooblaščenice osebe za varstvo osebnih podatkov»

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis člana Alumni kluba FZVCE: \_\_\_\_\_