Školska 25, 51300 Delnice,

tel./fax. 051/812686,

MOB: 099/2547285;

e-mail: hck.delnice@hi.t-com.hr

 IBAN: HR4524020061100135194

 OIB: 07582222089 RNO: 0000710

 MB: 03353583

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME:** |  |
| **ADRESA PREBIVALIŠTA/BORAVIŠTA (ulica i kućni broj, mjesto)**  |
| **OIB:** |  |
| **DATUM ROĐENJA:** |  |
| **BROJ MOBITELA:** |  |
| **E-MAIL ADRESA:** |  |

**OBRAZAC PRIJAVE**

Na Javni poziv za zapošljavanje na određeno vrijeme za radno mjesto Radnica na poslovima pomoći u kući u sklopu projekta „Pružimo ruke – Zaželi-program zapošljavanja žena – faza III“, UP.02.1.1.16.0115 financiranog iz Europskog socijalnog fonda Operativni program Učinkoviti ljudski potencijali 2014. – 2020.

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da su podaci u ovoj prijavi istiniti te sam suglasna da Hrvatski Crveni križ Gradsko društvo Crvenog križa Delnice u sklopu projekta „Pružimo ruke – Zaželi-program zapošljavanja žena – faza III“ prikuplja i obrađuje gore navedene podatke i proslijeđuje ih trećoj strani samo u svrhu zapošljavanja i provedbe projekta za koje su prikupljeni, a u skladu s Uredbom (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 ostavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) i Zakonom o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka („Narodne novine“ broj 42/18) te da se u druge svrhe neće koristiti.

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

 (mjesto i datum) (vlastoručni potpis)

**Prilog:**

* zamolba
* životopis
* zamolbu,
* životopis,
* dokaz o hrvatskom državljanstvu (preslika osobne iskaznice ili domovnice),
* dokaz o stečenoj stručnoj spremi (preslika svjedodžbe najvišeg stupnja završenog obrazovanja),
* potvrdu (uvjerenje) o vremenu prijave u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje,
* uvjerenje da se protiv osobe ne vodi kazneni postupak (ne starije od 30 dana),
* dokaz o pripadnosti ranjivoj skupini: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (navesti ukoliko prilažete dodatnu dokumentaciju)