

**PODACI O
STUDENTU/STUDENTICI, KORISNIKU/KORISNICI
PRIJEVOZA ZA OSOBE S INVALIDITETOM GRADA ZAGREBA**

Ime i prezime: _____

Datum i godina rođenja: _____

Sastavnica: _____

Adresa sastavnice: _____

Studijski program: _____

Godina studija: _____

Godina prvoga upisa na studij: _____

Prebivalište: _____

Adresa stanovanja u mjestu studiranja: _____

Kontakt (e-mail i mob): _____

U Zagrebu, _____ (datum)

Potpis studenta/studentice*

* U skladu s odredbama Opće uredbe o zaštiti podataka (Uredba EU 2016/679) i Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (NN 42/2018) potpisom dajem privolu Sveučilištu u Zagrebu za prosljeđivanje mojih osobnih podataka, navedenih u ovome obrascu, Gradskom uredu za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom Grada Zagreba, u svrhu ostvarivanja prava na prijevoz osoba s invaliditetom koje se kreću uz pomoć invalidskih kolica Grada Zagreba.