

ŽÁDOST O ZAŘAZENÍ DO SEZNAMU OSOB,

které používají zvláštní způsob tísňové komunikace nebo při jejichž záchraně je nutno uplatnit zvláštní pravidla a postupy

Jméno, příjmení, titul ¹ :

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu / hlášeného pobytu cizince:

Ulice:

Číslo popisné/orientační:

Město/obec:

PSČ:

Doplňující informace (př. patro, byt, aj.):

Adresa místa přechodného pobytu ² :

Ulice:

Číslo popisné/orientační:

Město/obec:

PSČ:

Doplňující informace (př. patro, byt, aj.):

Je tato adresa PREFEROVANÁ? ³ **ANO** **NE** (Vaši volbu zakroužkujte)

Kontaktní telefon:

¹ Požadované údaje vyplňte hůlkovým písmem. Tituly nejsou povinným údajem.

² Vyplnit v případě, že místo trvalého pobytu nekoresponduje s místem, kde se osoba dlouhodobě zdržuje.

³ Označte v případě, že se osoba dlouhodobě zdržuje na adrese přechodného pobytu.

Druh zdravotního postižení žadatele ⁴ :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> sluchové postižení | <input type="checkbox"/> závažná porucha řeči | <input type="checkbox"/> nevidomý |
| <input type="checkbox"/> nevidomý s vodícím psem | <input type="checkbox"/> mechanická srdeční podpora | <input type="checkbox"/> plicní ventilace |
| <input type="checkbox"/> oxygenterapie | <input type="checkbox"/> domácí dialýza | |
| <input type="checkbox"/> paraplegik | <input type="checkbox"/> kvadruplegik | |
| <input type="checkbox"/> psychické onemocnění | <input type="checkbox"/> jiný druh postižení (upřesnění níže) | |



Další informace, poznámky (např. kontakt na osobu blízkou):



Při jakékoliv změně údajů, je žadatel povinen neprodleně informovat o tomto faktu hasičský záchranný sbor kraje příslušný podle místa pobytu osoby se zdravotním postižením.

⁴ Označte odpovídající druhy zdravotního postižení, případně popište jiný druh postižení zejména s ohledem na možné komplikace při záchranně osoby včetně případné závislosti na přístrojovém vybavení.

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Já, níže podepsaný žadatel / zákonný zástupce / opatrovník

Jméno a příjmení:

Kontaktní telefon:

Trvale bytem:

uděluji tímto souhlas Ministerstvu vnitra-generálnímu ředitelství HZS ČR (*dále jen „správce“*), aby ve smyslu Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a dalších souvisejících předpisů, zpracovával osobní údaje, včetně údaje o druhu zdravotního postižení, uvedené v žádosti o zařazení do seznamu osob, které používají zvláštní způsob tísňové komunikace nebo při jejichž záchraně je nutno uplatnit zvláštní pravidla a postupy, a poskytnuté pro účel stanovený v § 38 zákona č. 320/2015 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů (zákon o hasičském záchranném sboru), ve znění zákona č. 374/2021 Sb., tedy včetně zvláštních kategorií osobních údajů týkajících se mého zdravotního stavu.

Beru na vědomí, že poskytnuté osobní údaje, včetně údaje o druhu zdravotního postižení:

- budou správcem zpracovávány ve smyslu § 38 zákona o hasičském záchranném sboru při vedení seznamu osob, které využívají zvláštní způsob tísňové komunikace nebo při jejichž záchraně je nutno uplatnit zvláštní pravidla a postupy, v rozsahu výše uvedené žádosti a po dobu platnosti souhlasu se zpracováním těchto osobních údajů,
- budou zpracovávány a poskytnuty třetím osobám – základním složkám integrovaného záchranného systému, v souladu s § 38 zákona o hasičském záchranném sboru,
- osobní údaje budou skartovány a vymazány v případě odvolání souhlasu, a sice bez zbytečného odkladu.

A dále беру na vědomí, že mám právo:

- vzít svůj souhlas se zpracováním osobních údajů kdykoli zpět, tedy jej odvolat, požádat o informaci, jaké osobní údaje o mně správce zpracovává, požádat správce o vysvětlení ohledně zpracování osobních údajů, vyžádat si přístup k mým osobním údajům a tyto údaje nechat aktualizovat či opravit, požádat o opravu, o omezení zpracování či vznést námitku proti zpracování nebo zažádat o výmaz mých osobních údajů (odvolání souhlasu musí být učiněno písemně, čímž dojde k vyřazení mé osoby ze seznamu za podmínek uvedených výše), pokud to nebude v rozporu se zákonem.

Žádost o zařazení, změnu údajů a žádost o vyřazení ze seznamu osob lze podat písemně nebo osobně hasičskému záchrannému sboru kraje příslušnému podle místa trvalého pobytu osoby se zdravotním postižením.

Upozorňujeme, že souhlas musí být svobodný, konkrétní, informovaný a jednoznačný projev vůle, který níže podepsaný subjekt údajů činí dobrovolně a k udělení souhlasu nesmí být jakkoliv nucen. Udělení souhlasu je právem subjektu údajů, nikoli povinností.

Svým podpisem potvrzuji pravdivost a úplnost údajů uvedených v tomto souhlasu.

V dne.....

.....
(vlastnoruční podpis žadatele / zákonného zástupce / opatrovníka)