

**PRISTANAK ZA DOSTAVU RJEŠENJA
ELEKTRONIČKIM PUTEM NA ADRESU ELEKTRONIČKE POŠTE**

Potpisivanjem ove izjave, ja¹

IME I PREZIME	
ADRESA	
OIB	
BROJ TELEFONA/MOBITELA	
ADRESA ELEKTRONIČKE POŠTE – E-MAIL	

dajem Istarskoj županiji izričit pristanak da Rješenje o ostvarivanju prava na novčanu naknadu za osobe s intelektualnim teškoćama, dostavi elektroničkim putem na moju adresu elektroničke pošte (e-mail) navedenu u ovoj izjavi, te se obvezujem potvrditi primitak.

Potvrđujem kako sam upoznat/a da se dostava Rješenja temeljem ove suglasnosti smatra obavljenom upućivanjem elektroničke pošte od strane Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije na adresu elektroničke pošte, u trenutku kad je pismeno zabilježeno na poslužitelju za primanje poruka.

Suglasan/a sam da promjena adrese elektroničke pošte ne utječe na ovdje danu suglasnost te se obvezujem o svakoj promjeni adrese elektroničke pošte obavijestiti Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije.

Ujedno potvrđujem kako ovu suglasnost uvijek mogu povući i odabrati dostavu putem pošte.

Dozvoljavam Upravnom odjelu za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije da sve gore prikupljene podatke može koristiti samo u svrhu dostave Rješenja, te podatke o mojoj email adresi ne smije koristiti u druge svrhe, javno ih objavljivati, dati na znanje ili na drugi način učiniti dostupnim.

Mjesto i datum

Potpis

¹ Ukoliko osoba za koju se traži ostvarivanje prava ima skrbnika, ovu izjavu daje i potpisuje skrbnik.