

## VPRAŠALNIK: Zdravstvene težave zaradi uporabe zaščitne maske

Če ste zaradi uporabe zaščitne maske utrpeli fizično ali duševno zdravstveno škodo, izpolnite ta vprašalnik in nam ga pošljite po pošti na naslov: **Društvo za zaščito človeka in njegovih pravic Slovenije (za OZZ), Regentova ulica 6, 2000 Maribor**. Vprašalnik lahko izpolnite tudi za svojega otroka ali sorodnika (če imate njegovo soglasje ali ste zakoniti zastopnik). Za nasvet ali tehnično pomoč pri prijavi nas kontaktirajte na [info@odgovoren-za-zdravje.si](mailto:info@odgovoren-za-zdravje.si).

### (1) OSEBNI PODATKI IN SOGLASJE

Vsi osebni podatki bodo obdelani in varovani kot zaupni, v skladu z zakoni in predpisi s področja varstva podatkov. Za več informacij glede varstva in obdelave podatkov si preberite **pogoje uporabe spletne strani** (<https://odgovoren-za-zdravje.si/varstvo-podatkov>).

#### Podatki o prijavitelju:

Ime:	Priimek:
E-naslov:	Telefonska številka (neobvezno):
<b>Za koga poročate?</b> <input type="checkbox"/> zase <input type="checkbox"/> za otroka ali sorodnika  (če poročate za otroka ali sorodnika) <b>V kakšnem sorodstvenem razmerju je oseba do vas?</b> _____	(podatki o osebi, za katero poročate) <b>Spol:</b> <input type="checkbox"/> moški <input type="checkbox"/> ženska  <b>Starost ob pojavu težav:</b> _____ let

#### IZJAVA PRIJAVITELJA:

S svojim podpisom **potrjujem**, da sem seznanjen in se strinjam s splošnimi pogoji uporabe spletne strani in varstva podatkov ter **izjavljam**, da vse osebne, zdravstvene in druge podatke v okviru tega vprašalnika posredujem popolnoma prostovoljno (ali imam za to soglasje druge osebe oz. sem njen zakoniti zastopnik oz. imam soglasje zakonitega zastopnika te osebe) in **jamčim** za njihovo verodostojnost. **Soglašam**, da mi preko sistema za pošiljanje elektronskih sporočil pošiljate pomembne informacije in obvestila, od katerih se lahko kadarkoli odjavim.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

