

IZJAVA O SUGLASNOSTI RODITELJA / SKRBNIKA

za sudjelovanje učenika u Erasmus+ projektu mobilnosti

Broj projekta: 2025-1-HR01-KA121-VET-000340778

(prilaže se uz prijavni obrazac učenika)

1. PODACI O UČENIKU

- Ime i prezime: _____
- Razred i odjel (šk. god. 2024./2025.): _____
- Datum rođenja: _____ OIB: _____

2. PODACI O RODITELJU / SKRBNIKU

- Ime i prezime: _____
 - Adresa prebivališta: _____
 - Kontakt telefon: _____ E-mail: _____
-

3. IZJAVA O SUGLASNOSTI

Ja, _____ (*ime i prezime roditelja*) potpisani/a roditelj / skrbnik,

dajem punu suglasnost da moj/a sin/kći/skrbnik _____

(*ime učenika*) sudjeluje u svim aktivnostima Erasmus+ projekta i u planiranoj **mobilnosti u**

Portugalu ili Njemačkoj tijekom školske godine **2025./2026.**

4. OBVEZE I ODGOVORNOSTI UČENIKA

Učenik se obvezuje da će:

1. **Sudjelovati na svim pripremnim, provedbenim i evaluacijskim aktivnostima** koje organizira Medicinska škola Ante Kuzmanića Zadar i partnerske ustanove.
2. **Pridržavati se Statuta škole, Pravilnika o kućnom redu, Kodeksa ponašanja** te pravila Erasmus+ programa i partnerske institucije domaćina.
3. **Poštovati zakone Republike Hrvatske, zakone države domaćina** i propise zdravstvene ustanove u kojoj obavlja praksu.

4. **Voditi dnevnik rada, izrađivati izvješća**, redovito komunicirati s mentorima i koordinatorima te po povratku prezentirati iskustva.
 5. **Štititi osobne podatke i profesionalnu tajnu pacijenata** u skladu s GDPR-om i profesionalnom etikom.
 6. **Racionalno trošiti sredstva Erasmus+ potpore** i čuvati svu dokumentaciju o troškovima.
 7. **Posjedovati valjanu zdravstvenu iskaznicu RH, putovnicu ili osobnu iskaznicu**, uključujući EU karticu zdravstvenog osiguranja ili ekvivalent.
 8. **Odmah prijaviti bilo kakav problem** (zdravstveni, sigurnosni, disciplinski) voditelju mobilnosti.
-

5. POSLJEDICE NEPOŠTIVANJA OBVEZA

Ako učenik ne izvršava obveze ili krši pravila:

- može dobiti **pisano upozorenje**;
 - mobilnost mu može biti **skraćena ili prekinuta**, uz **obvezu povrata Erasmus+ potpore** i troškova koje je snosila škola;
 - protiv njega se mogu pokrenuti **pedagoške mjere** sukladno Zakonu o odgoju i obrazovanju i Statutu škole;
 - gubi pravo na **bodove i priznanja** predviđena projektom;
 - šteta uzrokovana namjerom ili nepažnjom naplatit će se roditelju/skrbniku, sukladno pozitivnim propisima RH.
-

6. IZJAVA O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI I ZAŠTITI PODATAKA

- Potvrđujem da je moje dijete **zdravstveno sposobno** za putovanje i obavljanje praktičnog rada te da ću školi dostaviti svu relevantnu medicinsku dokumentaciju.
 - Dajem **privolu za obradu osobnih podataka** učenika i mene, isključivo u svrhu provedbe projekta, u skladu s Uredbom (EU) 2016/679 (GDPR) i nacionalnim propisima.
 - Suglasan/na sam da, u slučaju hitne potrebe, učeniku može biti pružena **nužna medicinska pomoć** u zemlji domaćinu.
-

7. FINACIJSKA ODREDIŠTA

- Erasmus+ potpora pokriva troškove putovanja, smještaja i dijela prehrane prema proračunu projekta.

- Roditelj/skrbnik snosi osobne troškove učenika koji nisu obuhvaćeni potporom.
 - U slučaju **preranog povratka** ili **neopravdanog napuštanja mobilnosti**, roditelj/skrbnik se obvezuje **nadoknaditi** školi sve neprihvatljive troškove i/ili povrat sredstava Agenciji za mobilnost i programe EU.
-

8. IZJAVA O RAZUMIJEVANJU I PRIHVAĆANJU

Potpisom ove izjave potvrđujem da:

- sam detaljno **upoznat/a** sa sadržajem natječaja, pravilima Medicinske škole Ante Kuzmanića Zadar i Erasmus+ programa,
 - **prihvaćam sve gore navedene obveze i posljedice**,
 - dajem **neopozivu suglasnost** za sudjelovanje mog djeteta u projektu,
-

POTPIS RODITELJA /SKRBNIKA:

(obrascu priložiti: kopiju osobne iskaznice roditelja/skrbnika)

POTPIS UČENIKA:

Zadar, _____ 2025.