



Spoštovani! Vaš delodajalec vas je prijavil na strokovno izpopolnjevanje iz področja farmacije z naslovom *Izzivi, priložnosti in izkušnje cepljenja v lekarniški dejavnosti*. Vaše osebne podatke (ime, priimek, elektronski naslov ter institucijo) bo kot upravljavec podatkov obdelovala Fakulteta za farmacijo Univerze v Ljubljani (UL FFA), Aškerčeva cesta 7, Ljubljana, in sicer skladno s točko (b) člena 6 Splošne uredbe o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov (GDPR). Podatke o prijavljenih in prisotnih udeležencih strokovnega izpopolnjevanja bomo za namene organizacije, izvedbe in analize strokovnega izpopolnjevanja UL FFA hranili 5 let. V kolikor potrebujete dodelitev licenčnih točk Lekarniške zbornice Slovenije bomo z vašim soglasjem informacijo o vaši udeležbi bomo, skupaj s potrdilom o udeležbi, posredovali Lekarniški zbornici Slovenije za namen dodelitve licenčnih točk. Vaše podatke bomo za namene dokazovanja dodelitve licenčnih točk hranili za čas veljavnosti predpisov, ki urejajo licence magistrov farmacije. Z vašim soglasjem bomo informacijo o udeležbi na izpopolnjevanju, posredovali vašemu delodajalcu za namen dokazovanja udeležbe.

Kadarkoli lahko pisno na naslovu [strokovno.izpopolnjevanje@ffa.uni-lj.si](mailto:strokovno.izpopolnjevanje@ffa.uni-lj.si) uveljavljate pravico dostopa do svojih osebnih podatkov na UL FFA, popravka, v določenem obsegu omejitev obdelave ter prenosljivost podatkov. Če boste potrebovali pomoč, se lahko obrnete na pooblaščenca osebo za varstvo podatkov UL ([dpo@uni-lj.si](mailto:dpo@uni-lj.si)). Če boste ocenili, da vaših pravic ne izvršujemo ustrezno, se lahko pritožite Informacijskemu pooblaščenca RS.

## POTRDILO

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_  
(navedite IME in PRIIMEK, naziv)

zaposlen/a pri \_\_\_\_\_  
(navedite naziv delodajalca, naslov)

potrjujem udeležbo na strokovnem izpopolnjevanju s področja farmacije z naslovom *Izzivi, priložnosti in izkušnje cepljenja v lekarniški dejavnosti*.

Spodaj podpisani soglašam, da UL FFA potrdilo o udeležbi posreduje (*ustrezno obkroži*):

- |   |       |
|---|-------|
| - Lekarniški zbornici Slovenije za namen dodelitve licenčnih točk | DA/NE |
| - delodajalcu za namen dokazovanje udeležbe na izpolnjevanju      | DA/NE |

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_