

Zap.št.: Z-_____

**OBRAZEC ZA PRIJAVO NA JAVNI RAZPIS ZA IZBOR IN SUBVENCIONIRANJE PROGRAMA
ZDRAVSTVENIH KOLONIJ PREDŠOLSКИH OTROK IN UČENCEV
S STALNIM PREBIVALIŠČEM V MESTNI OBČINI CELJE
V CELJSKEM DOMU V BAŠKI NA OTOKU KRKU**

Izpolni kandidat oz. starš, skrbnik ali druga oseba, pri katerih je otrok oz. učenec v oskrbi

1. PODATKI O KANDIDATU(otroku oz. učencu)

Priimek in ime _____,

rojen-a _____, spol: M Ž (obkroži)

stanujoč-a kraj _____, ulica _____,

hišna št. _____, pošta in poštna št. _____, tel. št. _____,

EMŠO _____, št. osebnega dokumenta _____,

osnovna šola ali vrtec _____, razred: _____.

Kandidat je: dober plavalec – plavalec – neplavalec (obkroži)

2. ŽELENI TERMIN LETOVANJA (označi)

a) 30. 6.-10. 7. 2015

c) 20. 7.-30. 7. 2015

e) 9. 8.-19. 8. 2015

b) 10. 7.-20. 7. 2015

d) 30. 7.-9. 8. 2015

f) 19. 8.-29. 8. 2015

Kandidat naj v svoji prijavi označi želeni termin in morebitni rezervni termin letovanja (priporočeno), pri čemer pa si koncesionar Celeia d.o.o. pridržuje pravico, da zaradi prezasedenosti posameznega termina ali starostne strukture posamezne skupine, kandidata razvrsti v drugi termin. V kolikor dodeljeni termin kandidatu ne ustreza se lahko s koncesionarjem dogovori za drug termin, če je le-ta še prost ali pa odstopi od prijave v roku 15 dni od prejema sklepa o izbiri.

3. PODATKI O STARŠIH, SKRBNIKIH ALI DRUGIH OSEBAH, PRI KATERIH JE OTROK OZ. UČENEC V OSKRBI (v nadaljevanju zastopnik kandidata)

OČE (skrbnik, rejnik)

MATI (skrbnica, rejnica)

	OČE (skrbnik, rejnik)	MATI (skrbnica, rejnica)
Priimek in ime		
Naslov		
Telefon, GSM		
e-pošta		

4. POSEBNOSTI OTROKA (predpisana zdravila, posebna prehrana, alergije ipd.)

5. IZJAVA IN DOKAZILA O IZPOLNJEVANJU POGOJEV ZA PRIJAVO NA JAVNI RAZPIS:

Spodaj podpisani zastopnik kandidata izjavljam, da prijavljeni kandidat izpolnjuje naslednje pogoje:

- ima stalno prebivališče v Mestni občini Celje;
- je predšolski otrok v starosti, ko bo prihodnje šolsko leto začel obiskovati osnovno šolo oz. obiskujejo osnovno šolo _____ (ustrezno podčrtaj oz. pripiši);
- je zdravstveno indiciran za udeležbo v programu zdravstvenih kolonij.

Dokazila, ki so priloga obrazca:

- kopija osebnega dokumenta otroka oz. učenca, iz katerega je razvidno zadnje stalno prebivališče in datum rojstva;
- potrdilo zdravnika o zdravstveni indikaciji kandidata za udeležbo v programu zdravstvenih kolonij (potrdilo v nadaljevanju obrazca).

6. VLOGA ZA SUBVENCIONIRANJE CENE PROGRAMA ZDRAVSTVENIH KOLONIJ

- a) PODAJAM tudi vlogo za subvencioniranje cene programa kolonij;
- b) NE PODAJAM vloge za subvencioniranje cene programa kolonij in bom v primeru izbora v celoti poravnal znesek storitve programa zdravstvenih kolonij v višini 210,00 EUR na osebo. (ustrezno označi)

Dokazilo, ki je priloga obrazca:

- odločba o otroškem dodatku za tekoče koledarsko leto 2015.

Glede na Javni razpis za izbor uporabnikov programa socialnih in zdravstvenih kolonij v Celjskem domu v Baški, s strani MO Celje, so prijavitelji iz družin, katerih povprečni mesečni dohodek na osebo, ugotovljen v odločbi o otroškem dodatku:

- ne presega 36 % neto povprečne plače v RS, upravičeni do 100 % subvencije cene kolonij;
- ne presega 53 % neto povprečne plače v RS, upravičeni do 33 % subvencije cene kolonij.

7. NAČIN PLAČILA

Prijavitelji, ki niso deležni 100% subvencije cene programa kolonij (sofinanciranje ZZS in MO Celje), imajo možnost enkratnega ali obročnega plačila cene za prijavljene otroke.

Željeno število plačilnih obrokov:

1 OBROK

2 OBROKA

3 OBROKI

8. IZJAVA O SEZNANITVI S HIŠNIM REDOM V CELJSKEM DOMU V BAŠKI IN SPREJEMANJU POGOJEV JAVNEGA RAZPISA

Spodaj podpisani zastopnik kandidata izjavljam:

- da sem seznanjen s hišnim redom v Celjskem domu v Baški, ki je priloga javnega razpisa in da sem z njim seznanil tudi kandidata ter mu pojasnil, da je v času bivanja dolžan spoštovati navodila in opozorila pedagoškega in zdravstvenega osebja v Celjskem domu;
- da sprejemam pogoje javnega razpisa.

9. SOGLASJE O UPORABI OSEBNIH PODATKOV

S spodnjim podpisom dajem soglasje,

da Celeia d.o.o., Emila Geistlicha 50, Baška, R Hrvatska, za namen predstavitve programa socialnih kolonij in obveščanje staršev, skrbnikov ali drugih oseb, pri katerih je otrok oz. učenec v oskrbi, zbira, obdeluje in javno predstavi naslednje osebne podatke mojega otroka:

- skupinske posnetke;
- posnetke na fotografijah, videoposnetke, zvočne ali filmske posnetke javnih nastopov otrok na prireditvah in pri različnih dejavnostih vzgojnoizobraževalnega dela.

Osebnosti podatki iz prejšnjega odstavka, ki jih bo Celeia d.o.o. javno predstavila, po naravi, vsebini in namenu ne posegajo bistveno v zasebnost posameznika, v skladu z določili Pravilnika o zbiranju in varstvu osebnih podatkov na področju osnovnošolskega izobraževanja (Uradni list RS, št. 80/04, 76/08).

Seznanjen/a sem:

- da družba Celeia d.o.o. zgoraj navedene osebne podatke hrani le še eno leto po zaključku programa zdravstvene kolonije in da bo podatke, posnetke in drugo hranila skladno s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov;
- s pravico, da lahko soglasje kadarkoli prekličem.

10. IZJAVA O RESNIČNOSTI PODATKOV

Spodaj podpisani _____, ki nastopam v vlogi (ustrezno obkroži):

- a) starša
- b) skrbnika
- c) druge osebe, pri katerih je otrok oz. učenec v oskrbi: _____

izjavljam, da so vsi navedeni podatki resnični, točni in popolni, za kar prevzemam materialno in kazensko odgovornost.

V _____, dne _____.

Podpis: _____

Obvezni prilogi obrazca:

1. kopija osebnega dokumenta otroka oz. učenca, iz katerega je razvidno zadnje stalno prebivališče in datum rojstva (sprednja in zadnja stran);
2. kopija zdravstvene izkaznice (sprednja stran);
3. potrdilo zdravnika o zdravstveni indikaciji kandidata za udeležbo v programu zdravstvenih kolonij (potrdilo v nadaljevanju obrazca);
4. odločba o otroškem dodatku za koledarsko leto 2015 (če podaja vlogo tudi za subvencioniranje cene programa zdravstvenih kolonij).

IZPOLNI ZDRAVNIK

PODATKI O OTROKU ZA ZDRAVSTVENO KOLONIJO

Reg. št. zdravstvene kartice: _____, šifra dejavnosti: _____

Obolenje, zaradi katerega gre otrok na letovanje:

Prebolele otroške in druge bolezni:

Sporočilo zdravstvenemu delavcu v Baški:

Žig in podpis zdravnika:

Kraj in datum: _____
