Полномошно

Јас.....(име и презиме)

од.....(адреса)
давам согласност и одобрение на Австралиско Македонската Хуманитарна Асоцијација Св. Архангел Гаврил да може да собира, користи, објавува, чува и ракува со доставените информаации за мене во согласност со Законот за Приватност и Заштита на Приватни Инфорамции 1998 и Законот за Приватност на Здравствени Записи и Информации 2002.
Особено ја ополномошнувам Австралиско Македонската Хуманитарна Асоцијација Св. Архангел Гаврил да може да ракува со и објавува лични и здравсвени информации во врска со мене или усно или преку веб страната на Австралиско Македонската Хуманитарна Асоцијација Св. Архангел Гаврил, радио станици, весници и други медиуми, така што припадниците на Македонската заедница и другите националности кои живеат во Австралија може да бидат информирани за моите потреби со цел да се дониираат лекови или финансиска помош за мене.
Јас исто така давам согласност на Австралиско Македонската Хуманитарна Асоцијација Св. Архангел Гаврил да може да користи и објавува мои лични и здравствени информации во случај кога треба да исполни било какви законски обврски. (На пример, од Австралиско Македонската Хуманитарна Асоцијација Св. Архангел Гаврил може да се бара законски да достави лични информации до агенции за спроведување на законот како што е Одделот за Општествени Услуги како и други регулаторни тела за да се исполнат законските барања во врска со заштита на децата и здравствени работи од државен интерес). Јас ќе го информирам мојот матичен лекар дека тој/таа ќе биде контактиран/контактирана за да се провери мојот случај. Разбирам дека моите лични податоци ќе бидата проверени во:

- Листата на меѓународен тероризам и моето име ќе биде пребарувано на интернет за било каква поврзаност со терористички организации. Ако е ова потвдено тогаш Австралиско Македонската Хуманитарна Асоцијација Св. Архангел Гаврил ќе ги информира надлежните институции;
- Австралиска федерална база на податоци за осудување на криминал според измените со законот против туризам кој вклучува сексуално злоупотребување на деца (Child Sex Tourism).

Јас разбирам дека го задржувам правото на повлекување на ова полномошно во секое време.

…… .....
Потпис Дата

За усно одобрение ве молиме да ставите потпис на сведок

…… .....
Потпис Дата

…… ..... Потпис
Дата

Ако родителите или законски старател дава согласност ве молиме потполнете и потпишете како што е наведено подолу:

Јас..... (име) од ….....(адреса) сум родител

и законски старател на …… (име на личноста) од
……. ……(адреса на личноста) и давам согласност и одобрение на Австралиско Македонската Хуманитарна Асоцијација Св. Архангел Гаврил да може да собира, користи, објавува и ракува со лични и здравствени информации во врска со оваа личност за целите наведени во овој формулар.

…… .....
Потпис Дата