Saglasnost o korištenju ličnih podataka zbog zabrinutosti o trgovini belim robljem (trafiking)

Utlendingsdirektoratet

BKS

Zdravstvena služba/ Državna uprava za strance (UDI)/ prihvatni centar u kome živite, zabrinut je što ste bili ili jeste žrtva trgovine belim robljem.

Trgovina belim robljem znači iskorištavanje drugih za prostituciju ili u druge seksualne svrhe, prinudni rad, prinudnu vojnu obavezu u drugoj zemlji ili odstranjivanje ljudskih organa- uz upotrebu sile, pretnje, zloupotrebom osećanja nemoći kod žrtava ili drugo nedolično ponašanje. Ukoliko je osoba koja mlađa od 18 godina dovoljno je da je osoba iskorištavana u te svrhe- nije neophodno da je osoba na to prisiljena upotrebom sile, pretnjom, zloupotrebom osećanja nemoći kod žrtve ili nedoličnim ponašanjem.

Po norveškom zakonu trgovina belim robljem je veoma težak zločin. Trgovina belim robljem je, shodno članu 224 norveškog Krivičnog zakona, kažnjiva zatvorskom kaznom u trajanju do 10 godina. Ova odredba kaznenog zakonodavstva zasnovana je na konvenciji UN-a o međunarodnom organizovanom kriminalu i Dodatnom protokolu za sprečavanje, suzbijanje i kažnjavanje trgovine belim robljem, posebno žena i dece (2000), takozvani Palermo protokol.

Da bismo mogli da Vam pružimo potrebnu sigurnost, veoma je bitno da Uprava za strance (UDI), prihvatni centar u kome ćete živeti, kao i zdravstvena služba pri prihvatnom centru imaju mogućnost da registruju i razmenjuju podatke o Vašoj vezi sa trgovinom belim robljem, Vašoj bezbednosti i eventualnim fizičkim i psihičkim povredama za koje biste trebali primati lečenje. UDI, prihvatni centar i zdravstvena služba imaju strogu obavezu čuvanja tajne u odnosu na lične podatke koje dostavite.

Davanje saglasnosti da zdravstvena služba, UDI i prihvatni centar u kome živite registruje i razmenjuje podatke o Vama, vezano za Vašu eventualnu ulogu u trgovini belim robljem, Vašoj bezbednosti i Vašem zdravstvenom stanju, je dobrovoljno. Imate pravo da tražite uvid u sve podatke koje UDI, prihvatni centar, zdravstvena služba i policija imaju registrovane o Vama, uporedi Zakon o ličnim podacima član 18 i 23.

Potpisivanjem dajete saglasnost da:

- zdravstvena služba, UDI i prihvatni centar u kome živite registruje podatke o Vašoj vezi sa trgovinom belim robljem, kao i informacije koje se tiču Vaše bezbednosti, potrebe za negom i Vašim zdravstvenim stanjem. Ovo važi samo za informacije koje su relevantne za osiguranje Vaše bezbednosti i potrebe za negom, i koje su vezane za zabrinutost o tome da ste bili žrtva trgovine belim robljem.
- zdravstvena služba, UDI i prihvatni centar u kome živite mogu razmenjivati lične podatke o Vašoj ulozi u trgovini belim robljem, podatke koje se tiču Vaše bezbednosti, Vašu potrebu za negom i Vašem zdravstvenom stanju. Ovo važi samo za informacije koje su relevantne za osiguranje Vaše bezbednosti i potrebe za negom, i koje su vezane za zabrinutost o tome da ste bili žrtva trgovine belim robljem.

DUF broj _____ Datum _____

Potpis tražioca azila/staratelja Potpis zdravstvene službe/prihvatnog centra/UDI-a

_____ _____

Da bi se osigurala Vaša bezbednost i krivično gonile osobe koje su Vas iskorištavale u trgovini belim robljem bitno je da zdravstvena služba, UDI i prihvatni centar u kome živite, takođe mogu proslediti potrebne podatke policiji. Policija ima strogu obavezu čuvanja tajne vezano za lične podatke koje dostavite.

Dobrovoljno je dati saglasnost zdravstvenoj službi u tranzitnom prihvatnom centru, UDI-u i prihvatnom centru u kome živite da može proslediti policiji podatke o Vama koje se tiču Vaše eventualne veze sa trgovinom belim robljem, Vašoj bezbednosti i Vašem zdravstvenom stanju,.

Imate pravo da tražite uvid u sve podatke koje UDI, prihvatni centar, zdravstvena služba i policija imaju registrovano o Vama, uporedi Zakon o ličnim podacima član 18 i 23.

Potpisivanjem dajete saglasnost da:

- zdravstvena služba, UDI i prihvatni centar u kome živite mogu proslediti policiji potrebne podatke o Vašoj ulozi u trgovini belim robljem, zdravstvene podatke koji su od značaja za istragu i Vašu bezbednost.

DUF broj _____ Datum _____

Potpis tražioca azila/staratelja Potpis zdravstvene službe/prihvatnog centra/UDI-a

_____ _____