Marcali Szociális és Egészségügyi Szolgáltató Központ

Nyilatkozat

Alulírott _____ (szül. hely, idő: _____; anyja neve: _____) nyilatkozom arról, hogy adataim/gyermekem adatainak kezelése vonatkozásában a tájékoztatást megkaptam.

Hozzájárulok ahhoz, hogy adataimat/gyermekem adatait a jogosultság időtartamára, illetve a jogosultság megszűnését követően a jogszabályokban meghatározott időtartam alatt kezeljék.

Marcali, _____

……..……..……	….....
igénybevevő aláírása	igénybevevő törvényes képviselőjének aláírása