

KÉRELEM
HPV elleni védőoltás teljes támogatásához

TÖRVÉNYES KÉPVISELŐRE VONATKOZÓ ADATOK:

Név:	
Leánykori név:	
Szül. hely, idő:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

azzal a kéressel fordulok **Tata Város Önkormányzatához**, hogy a fenti számú önkormányzati rendelet alapján,

Név:	
Törvényes képviselő neve:	
Szül. hely, idő:	
Lakcím:	
TAJ szám:	

fiúgyermek HPV elleni védőoltás **két oltásból álló sorozatának** költségeit vállalja át, mert rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülök.

Gyermekorvos neve:.....

Tata, 20.....

.....
törvényes képviselő

Nyilatkozat:

.....(törvényes képviselő neve) hozzájárulok ahhoz, hogy
.....(gyermek neve, születési hely, idő) gyermek részére a HPV elleni vakcinának két oltásból álló sorozatát beadják.

Tata, 20.....

.....
törvényes képviselő

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT személyes adatok kezeléséhez

Alulírott, (név), jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a kérelemben szereplő, a HPV elleni oltáshoz szükséges saját személyes adataimat, valamint gyermekem személyes adatait Tata Város Önkormányzata tárolja, kezelje, arról célhoz kötötten nyilvántartást vezessen.

Az adatkezelés a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet (a továbbiakban: GDPR) 6. cikke (1) bekezdésének a) pontja értelmében az érintett hozzájárulásán alapul.

Kelt:

.....
törvényes képviselő

¹ Módosította: 1/2019.(I.31.) önk.rendelet 4. §-a. Hatályos: 2019. február 1. napjától.

