

**Adatvédelmi nyilatkozat**

Alulírott kérelmező kifejezetten hozzájárulok személyes adataim elektronikus úton történő rögzítéséhez, az okmányaim és orvosi irataim papír alapon történő nyilvántartásához, kezeléséhez. Az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást megkaptam, miszerint az adatkezelés célja az ellátásra vonatkozó megállapodás megkötése. Az adatkezelés helye az intézmény székhelye, címzettje az igazgató és az ellátásban részt vevő munkavállalók.

Kötelezettséget vállalok az adataimban bekövetkezett változás 8 napon belül történő bejelentésére. Tudomásul vettem, hogy jogomban áll kérelmezni az adatkezelőtől a személyes adataimhoz való hozzáférést, személyes adataim helyesbítését, törlését, kezelésének korlátozását, jogom van az adathordozhatósághoz, illetőleg panasszal fordulni a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz. Bővebb tájékoztatás található az Adatkezelő adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában.

Kazincbarcika, 20…..

……………………………………………………….

 Ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása