

NYILATKOZAT

Alulírott..... (név).....(TAJ szám),
.....(cím) szám
alatti lakos hozzájárulok, hogy házi orvosom, kezelő orvosom az egészségi állapotomról a
támogató szolgálat munkatársának felvilágosítást adjon.
Házi orvos/kezelő orvos neve:.....
Rendelő címe:.....

Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szolgálat az **elektronikus nyilvántartási rendszerében** személyi adataimat kezelje **/KENYSZI/**.

Dátum:.....év.....hó.....nap

.....
ellátott személy (törvényes képviselője)

NYILATKOZAT

Alulírott, ellátást igénybevevő (törvényes képviselő)

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Lakcíme:

Írásban nyilatkozom, hogy más szolgáltatónál, intézménynél:

- **nem veszek igénybe szociális alapszolgáltatást**

- **igénybe veszek**

A szolgáltató neve:

címe:

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum:.....év.....hó.....nap

.....
ellátott személy (törvényes képviselője)