***NYILATKOZAT***

Alulírott

Név:… …………………………………………………………………………………………………………………..………………………… szám alatti lakos, mint a………………………………..……… ………………………….……………………..…… nevű gyermek

(…………………………………..………………. oktatási intézmény ….…….………… osztály)

szülője/más törvényes képviselője az alábbiak szerint nyilatkozom:

1. Az étkeztetés biztosítását\*

kérem.

***(\*Kérjük, hogy a megfelelő részt aláhúzással jelölje)***

1. Kapcsolattartási adataimat az alábbiak szerint adom meg:\*\*\*

Telefonszám:…… …..….……… E-mail:… ………………………………..

***(\*\*\*A telefonszám és e-mail cím megadása önkéntes adatszolgáltatáson alapul.)***

Tudomásul veszem, hogy a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014.(IV. 30.) EMMI rendelet szerint a diétás étrendet szakorvos által igazolt esetekben köteles a Közétkeztető biztosítani.

A Városi Szolgáltató Nonprofit Zrt. adatkezelési tájékoztatóját megismertem1, annak ismeretében tudomásul veszem, hogy a VSZN Zrt. a fenti adataimat és az érintett gyermek megadott adatait – különösen a diétás étrend biztosításával kapcsolatos egészségügyi adatait – a gyermekétkeztetés biztosítása érdekében és a jogszabályban rögzített adatszolgáltatások megtételéhez kezeli. Tudomásul veszem, hogy a számla kiállításához szükséges adatokat a VSZN Zrt., mint a Szentendre Város Önkormányzata képviseletében eljáró megbízott kezeli. Kifejezetten és önkéntesen hozzájárulok, hogy a fent megadott adataimat (telefonszám és e-mail cím) a gyermekétkeztetéssel kapcsolatban kapcsolattartási célra kezelje.

Szentendre, 2022. ………………………………..

……………………….………………………

szülő/más törvényes képviselő

1 Az adatkezelési tájékoztató a VSZN Zrt. honlapján ([www.vszzrt.hu/adatkezelesi-tajekoztato](http://www.vszzrt.hu/adatkezelesi-tajekoztato)) található.