

NYILATKOZAT

Alulírott

Név:..... lakcím:
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)

2. 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 képviselőjében eljáró megbízott kezeli. Kifejezetten és önkéntesen hozzájárulok, hogy a fent megadott adataimat (telefonszám és e-mail cím) a gyermekétkeztetéssel kapcsolatban kapcsolattartási célra kezelje.

Szentendre, 2023.

.....

szülő/más törvényes képviselő

¹ Az adatkezelési tájékoztató a VSZN Zrt. honlapján (www.vszrt.hu/adatkezelesi-tajekoztato) található.