**NYILATKOZAT**

**Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzata „Családbarát Szolnok” programja keretében biztosított újszülöttek ajándékcsomagja igényléséhez**

Alulírott szülő /törvényes képviselő:

* név: ……………………………………………………………………………….
* születési hely, idő: ………………………………………………………………….
* lakcím/ bejelentett tartózkodási hely ………………………………………………

………………………………………………………………………………………

mint

* név: ………………………………………………………………………………….
* születési hely, idő: ....………..………………………………………………………
* anyja neve: …………………………………………………………………………..
* lakcím/ bejelentett tartózkodási hely ……………………………………………….

………………………………………………………………………………………

* gyermek védőnői körzete,védőnő **neve**:

………………………………………………………………………………………

**gyermek** szülője (törvényes képviselője) megismertem és tudomásul vettem Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzata „Családbarát Szolnok” programja keretében biztosított újszülöttek ajándékcsomagjaigénylésével kapcsolatos adatkezelési tájékoztatót. (Az adatkezelési tájékoztató itt érhető el: https://info.szolnok.hu/igenyelheto-ajandekok-m1202).

**Kérem Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzatának a „Családbarát Szolnok” program keretében a gyermek számára biztosított ajándékcsomagját.**

**Kérem az ajándékcsomagot az alábbi védőnői tanácsadóba eljuttatni:**

(a megfelelőt jelölje meg)

1. Szolnok, Széchenyi krt. 129.
2. Szolnok, Móra Ferenc u. 9.
3. Szolnok, Rozmaring u. 2.
4. Szolnok, Temető u. 1.
5. Szolnok, Munkácsy M. u. 26.

Tudomásul vettem, hogy jelen nyilatkozatban az általam megadott adatok szolgáltatása önkéntes és kifejezetten hozzájárulok az adatok kezeléséhez az adatkezelési tájékoztatóban foglaltak szerint.

Szolnok, …………………………………

………………………………………………

szülő / törvényes képviselő aláírása

A nyilatkozatot kitöltve, személyesen vagy postai úton az **5000 Szolnok, Kossuth tér 9.** szám alá, vagy elektronikusan az **egeszsegugy@ph.szolnok.hu** címre kell eljuttatni.