HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT A SZÜLŐ/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAINAK EGYEDI ADATKEZELÉSÉHEZ

Alulírott (Érintett)
Szülő/törvényes képviselő neve: .....
Lakcíme: ..... mint a
..... nevű gyermek törvényes képviselője nyilatkozom.

Adatkezelő neve: Szekszárdi Baka István Általános Iskola
Székhely: 7100 Szekszárd, Béri Balogh Ádám utca 89.
E-mail: bakaiskola@gmail.com
Telefon: 06 74 510-896

A hozzájárulás kiterjed:	**Nemleges hozzájárulás esetén nincs szükség a nyilatkozat visszaküldésére.**	**Az adatkezelés célja:**
Az Érintett szülő/törvényes képviselő e-mail címének adatkezeléséhez.	Kifejezetten hozzájárulok az e-mail címem kezeléséhez: **e-mail cím:** **……**	Az Érintett gyermekének az iskolába történő beiratkozását követően az írásbeli kapcsolatfelvétel megteremtése céljából.
A hozzájárulás a szülő/törvényes képviselő gondozásában lévő gyermeknek az intézményben folytatott tanulmányának a lezárultáig, a tanulói jogviszony megszűnéséig vagy a nyilatkozat visszavonásáig érvényes. Amennyiben a későbbiekben a szülő/törvényes képviselő úgy dönt, hogy a fent adott nyilatkozatát vissza kívánja vonni, bármikor megteheti az Adatkezelő székhelyére címzett nyilatkozat formájában. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.		

Nyilatkozom, hogy az Adatkezelő honlapján nyilvánosságra hozott Adatkezelési tájékoztatót megismertem, a személyes adatok kezeléséhez általam adott hozzájárulás önkéntes, minden befolyástól mentes.
A jelen Nyilatkozat a benne foglalt adatok kezelésére is feljogosítja az Adatkezelőt.

……..……., 2023. ……..……....

…… szülő/törvényes
képviselő aláírása

Jelen lévő tanúk aláírásukkal igazoljuk, hogy a szülő/ törvényes képviselő a fenti nyilatkozatot előttünk írta alá, illetve aláírását előttünk saját kezű aláírásának ismerte el.

1. tanú 2. tanú

Név:……..... Név:……..…
Lakcím:……..……. Lakcím:……....
Aláírás: …….. Aláírás: ……..……