

## NYILATKOZAT

| Fogyatékos személy adatai                                                      |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Neve:                                                                          |                                                      |
| Lakcíme:                                                                       |                                                      |
| Telefonszáma/elérhetősége:                                                     |                                                      |
| Fogyatékoság típusa/mértéke:                                                   |                                                      |
| Internettel/számítógéppel/okostelefonnal rendelkezik?                          | IGEN/ NEM                                            |
| Ellátásáról jelenleg gondoskodó neve/elérhetősége:                             |                                                      |
| Bejelentő neve és elérhetősége:<br>/ha nem ugyanaz, mint a fogyatékos személy/ |                                                      |
| Miben kér segítséget? /a megfelelő aláhúzendó/                                 | bevásárlás, gyógyszerkiváltás, ügyintézés,<br>egyéb: |

Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat a fogyatékos személyek veszélyhelyzet idején történő segítségével kapcsolatos ügyintézés során a Szigetvári Polgármesteri Hivatal megismerje, kezelje.

Szigetvár, 2020. ....

.....

aláírás