



Kérjük ide ne írjon!

AOSZ iktatószám:

Dátum:

AOSZ kártya száma:

AOSZ KÁRTYA IGÉNYLŐLAP és NYILATKOZAT

(Kérjük, hogy az igénylőlapot nyomtatott nagybetűkkel töltsse ki!)

IGÉNYLŐ (18. életévét betöltött személy) adatai

Név:	
Levelezési cím: (Az a cím, ahová az AOSZ kártyát kéri.)	
Kapcsolattartási e-mail cím:	

KÁRTYABIRTOKOS Autista személy(ek) adatai

Az AOSZ kártya az autista személy számára kerül kiállításra, így az igényléshez kérünk bemutatni egy, az autizmus diagnózis tényét igazoló dokumentumot. Sem digitálisan, sem papír alapon nem kerül tárolásra vagy továbbításra, csak az igazolás kiállításához kell bemutatni. Ennek hiányában AOSZ kártyát nem áll módunkban kiállítani. Kérjük, hogy olvassa el a Személyes adatkezelési tájékoztatót!

Név	Anyja neve	Születési idő	Az autizmus tényét igazoló AOSZ tagszervezet képviselőjének vagy az AOSZ munkatársának aláírása

Az AOSZ kártyát az alábbi módon kérem:

Személyesen veszem át Átvétel helye és pontos címe
(Tagszervezet vagy iroda):

Postán kérem a fenti
levelezési címemre

NYILATKOZAT

Alulírott, a jelen igénylőlap aláírásával feltétel nélkül tudomásul veszem és hozzájárulok a SZEMÉLYES ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ nevű dokumentumban megjelölt személyes adataimnak abban foglalt módon történő kezeléséhez.

Kijelentem, hogy a személyes adataim kezeléséhez történő kifejezett hozzájárulásom önkéntes és teljes körű előzetes tájékoztatáson alapul.

Kelt:, 20...

.....
IGÉNYLŐ aláírása

Tanú 1

Név:
Lakcím:
Aláírás:

Tanú 2

Név:
Lakcím:
Aláírás: