



Kérjük ide ne írjon!

AOSZ iktatószám:

Dátum:

AOSZ kártya száma:

AOSZ KÁRTYA IGÉNYLŐLAP és NYILATKOZAT

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

IGÉNYLŐ adatai

Igénylő lehet:

A saját nevében eljáró 18. életévét betöltött autista személy, aki egyben KÁRTYABIRTOKOS

A kiskorú vagy nem önállóan döntésképes autista személy törvényes képviselője

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

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.

Név	Anyja neve	Születési idő	Az autizmus tényét igazoló személy aláírása

Az AOSZ kártyát az alábbi módon kérem:		Jelölje X-szel.	
Személyesen veszem át	AOSZ irodában (1053 Bp. Fejér Gy. u. 10.)		
	AOSZ Info-Pont irodában az AOSZ munkatársánál		AOSZ Info-Pont iroda városa:
Postán kérem a fenti levelezési címemre			

Kérjük, hogy olvassa el a Adatkezelési tájékoztatót!

NYILATKOZAT

Alulírott, a jelen igénylőlap aláírásával feltétel nélkül tudomásul veszem és hozzájárulok a fenti személyes adataimnak az Adatkezelési tájékoztatóban foglalt módon történő kezeléséhez.

Az Adatkezelési tájékoztató megtalálható az aosz.hu/adatvedelem oldalon.

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: