

**T.C**  
**MERSİN BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ BAŞKANLIĞINA**  
**(Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı)**

Mersin Büyükşehir Belediyesi olarak sunmakta olduğunuz Çölyak hastalığı için Glutensiz un ve ekmeek yardımı uygulamasından yararlanmak istiyorum.

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hakkındaki bilgilendirme [www.mersin.bel.tr](http://www.mersin.bel.tr) adresindeki aydınlatma beyanı ile gerçekleştirilmiştir. İşbu Formda Mersin Büyükşehir Belediyesi ile paylaştığım kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerimin sadece bu işlem ile sınırlı olmak üzere Mersin Büyükşehir Belediyesi ve İştirakleri tarafından işlenmesine, kanunen gerekli görülen yerlere aktarılmasına, kişisel verileri saklama ve imha politikasına uygun olarak saklanmasına **açık rıza gösterdiğimi** ve bu hususta tarafıma gerekli **aydınlatmanın yapıldığını, işbu metni okuduğumu ve anladığımı, beyan ediyorum.**

Onay Veriyorum

Onay Vermiyorum

**NOT: Haneden 18 yaş üstü bir bireyin bilgileri alınmalıdır!**

Gereğini arz ederim ...../...../20

Adı Soyadı:

İmza:

T.C. Kimlik No:

Telefon:

Adres:

**EK:**

1: İlaç kullanım raporu