**T.C**

**MERSİN BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ BAŞKANLIĞINA**

**(Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı)**

Mersin Büyükşehir Belediyesi olarak Fenilketonüri hastalarına sunmakta olduğunuz, Düşük proteinli gıda kolisi yardımından faydalanmak istediğinizi beyan etmiş bulunmaktasınız, bahsi geçen hizmetten 3 (üç) hafta boyunca ilgili dağıtım yerinden almamanız halinde müracaatınız otomatik olarak iptal edilecektir.

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hakkındaki bilgilendirme **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**

|  |
| --- |
| **DİKKAT: Diyetinize özel günlük tüketim miktarı için doktorunuz veya diyetisyeninizin vermiş olduğu reçeteye uyunuz. Gıdaların kullanım miktarı Mersin Büyükşehir Belediye Başkanlığı sorumluluğunda değildir.** |

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

Gereğini arz ederim ……/……./20

**Adı Soyadı :**

**T.C :**

**Doğum Tarihi: Gün/Ay/Yıl:…..../…..…/….…**

**Telefon :**

**Adres :**

**İmza:**

**EK:**

1: İlaç kullanım raporu