

MERSİN BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ
SOSYAL HİZMETLER DAİRESİ BAŞKANLIĞI
(TUTANAK)

Mahalle Mutfağı Noktası: _____ **İlçe:** _____ **Teslim Tarihi:**/...../2023

Hamile Bakım Sütü Yardımı: **Gıda Kolisi Yardımı:**

El Bebek Gül Bebek Yardımı: **Yeni Doğan Destek Paketi Yardımı:**

Sıra No	Ad ve Soyad:	GSM:	T.C. Kimlik No:	Doğum Tarihi Gün/Ay/Yıl	İmza	Onay Veriyorum
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/>
7						<input type="checkbox"/>
8						<input type="checkbox"/>
9						<input type="checkbox"/>
10						<input type="checkbox"/>
11						<input type="checkbox"/>
12						<input type="checkbox"/>
13						<input type="checkbox"/>
14						<input type="checkbox"/>
15						<input type="checkbox"/>
16						<input type="checkbox"/>
17						<input type="checkbox"/>

NOT: Haneden 18 yaş üstü bir bireyin bilgileri alınmalıdır!

Mersin Büyükşehir Belediyesi, Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı tarafından dağıtılan ve 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 İşirakleri 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 eder gereğini arz ederim.

Sorumlu Personel İsim:	_____	Sorumlu Personel İsim:	_____
Sorumlu Personel İmza:	_____	Sorumlu Personel İmza:	_____