****

 **Tárgy:**

 **Ikt.sz.:**

 **Ügyintéző:**

**ADATKEZELÉSI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT**

**VISSZAVONÁSA**

(Kiskorú tanuló esetén a szülő tölti ki és írja alá, gyermekére vonatkozó adatokkal)

Alulírott:

Név:

Születési név (kiskorú gyermekem születési neve):

Születési hely, idő (kiskorú gyermekem szül., hely, idő):

Anyja születési neve (kiskorú gyermek anyja születési neve):

Lakcím/értesítési cím (gyermek):

E-mail cím (kiskorú esetén szülőé):

Személyigazolvány szám (kiskorú gyermeké):

Telefonszám (kiskorú esetén szülőé):

**a jelen nyilatkozat aláírásával,** minden kényszertől és befolyástól mentesen, szabad akaratomból, a Kaposvári Liszt Ferenc Zeneiskola – Alapfokú Művészeti Iskola (székhely: 7400 Kaposvár, Kossuth Lajos utca 21.), **Adatkezelő részére** (továbbiakban: Adatkezelő) **általam saját kezűleg megadott személyes adataimnak kezeléséhez való hozzájárulásomat visszavonom.**

Kérem az Adatkezelőt, hogy jelen visszavonó nyilatkozatom alapján a személyes adataim kezelését megszüntetni és – amennyiben annak jogszabályi akadálya nincs – a személyes adataimat az Adatkezelő nyilvántartásából törölni, valamint ennek megtörténtéről engem írásban értesíteni szíveskedjen.

Kelt.: …………………………….., ………………………….

 ………………………………………………….

 nyilatkozó aláírása

 kiskorú tanuló esetén gondviselő aláírása