**Melléklet**

**adatlap**

**a magyar paralimpiai bizottság sportegészségügyi programjához**

|  |
| --- |
| **Személyes adatok** |
| Név |  |
| Lakcím |  |  |  |  |  |
| Születési hely, idő |  |
| E-mail cím |  |
| Telefonszám |  |
| Sportág megnevezése |  |
| Sportegyesület neve |  |

|  |
| --- |
| **Az igényelt támogatás felhasználása** |
| Megnevezés | Saját forrás | Az igényelt támogatás terhére |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Összesen:** |  |

|  |
| --- |
| **Egyéb megjegyzés, indoklás** |
|  |

Alulírott kijelentem továbbá, hogy mint személyes adatok jogosultja, a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja alapján jelen nyilatkozom útján kifejezetten **h o z z á j á r u l o k** ahhoz, hogy a Magyar Paralimpiai Bizottság, mint adatkezelő a jelen nyilatkozatomban szereplő személyes adataimat megismerje, azokat kezelje és szükség szerint továbbítsa.

Kelt:

 aláírás