



VAKIFLAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
MUHTAÇ AYLIĞI HİZMETİ İÇİN SAĞLIK VERİLERİNİN
İŞLENMESİNE ve KULLANILMASINA DAİR AÇIK RIZA BEYANI

Vakıflar Genel Müdürlüğü tarafından 15.07.2018 tarihli ve 30479 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 4 Numaralı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ve 27.09.2008 tarihli ve 27010 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Vakıflar Yönetmeliği kapsamında **engelli kişilere verilmekte olan muhtaç aylığı hizmetinden** faydalanmak için yapmış olduğum başvurumun değerlendirilmesinde ve başvurumun kabul edilerek muhtaç aylığı hizmetinden yararlanmam halinde hizmetten yararlandığım süreçte hizmetin gerektirdiği sağlık verilerimin Vakıflar Genel Müdürlüğü’nün ilgili birimleri tarafından 6698 sayılı Kişisel Verileri Koruma Kanunu kapsamında işlenmesine ve aktarılmasına **İZİN VERİYORUM.**

Tarih :/...../20.....

***RIZA BEYANINI VEREN KİŞİNİN**

Adı Soyadı :

Hizmetten Yararlanacak Olan Kişiye Yakınlığı ** :

T.C. Kimlik No :

Telefonu :

İmzası :

HİZMETTEN YARARLANACAK KİŞİNİN

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Telefonu :

** Bu alan 18 yaşından küçük engelli kişiye bakmakla yükümlü olan yakını tarafından ya da 18 yaşından büyük engelli kişinin kendisi tarafından doldurulmalıdır.*

*** Rıza beyanını veren kişi ile hizmetten yararlanacak kişi aynı ise buraya “KENDİSİ” ifadesi yazılarak hizmetten yararlanacak kişiye ait alanlar boş bırakılmalıdır.*