



MILESTONE

INSTITUTE

MILESTONE OKTATÁSI EGYESÜLET

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott diák jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy részletes tájékoztatást kaptam a **Milestone Oktatási Egyesület** (1077 Budapest, Wesselényi u. 17.; info@msinst.org) által nyújtott pszichológiai konzultációs szolgáltatás részleteiről és az annak során megvalósuló adatkezelés szabályairól. Ennek keretében különösen megismertem az Egyesület által a szolgáltatással kapcsolatban közzétett Szolgáltatás leírást, valamint Adatkezelési Tájékoztatót.

Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás és az adatkezelés célja a diákok érzelmi jóllétének támogatása, az adatok bizalmasak, kizárólag a pszichológus kezeli, és az adatkezelés **önkéntes hozzájáruláson** alapul.

Akként nyilatkozom, hogy a pszichológusi szolgáltatást igénybe kívánom venni, és hozzájárulok, hogy az Egyesület azzal kapcsolatban a szükséges személyes és különleges adatokat kezelje a hatályos **Adatkezelési Tájékoztató** szerint.

Kelt: Budapest,

Tanuló neve: _____

Születési ideje: _____

Aláírás: _____

Alulírott törvényes képviselők, hozzájárulásunkat adjuk a kiskorú gyermek adatainak kezeléséhez és a gyermek pszichológusi konzultáción való részvételéhez. 18 éves kor alatti diák esetén aláírandó.

Kelt: Budapest, 2025.

Törvényes képviselő 1 neve: _____

Aláírás: _____

Törvényes képviselő 2 neve: _____

Aláírás: _____