**NYILATKOZAT**

Alulírott……………………………………………(név)……………………………………………………………………………………………(lakcím)…………………………………….(szül. hely, idő)…………………………………………………………(anyja születési neve) **ellátást igénylő**

………………………………………………………(név)……………………………………………………………………………………………(lakcím)………………………………….(szül. hely, idő)…………………………………………………………(anyja születési neve) **hozzátartozója/törvényes képviselője**

hozzájárulok hogy a

**SZOCEG Nonprofit Kft. (7621 Pécs, Jókai u. 1.)**

**Támogatott Lakhatás engedélyes**

a személyyes okmányaimról, egészségügyi állapotomra vonatkozó dokumentumaimról, valamint hivatalos leveleimről másolatot készítsen az ellátásommal kapcsolatos ügyeim intézéséhez.

Dátum:……………………………………………………….

……………………………………………… …………………………………

 ellátást igénylő hozzátartozó/törvényes képviselő

……………………………………………… ……………………………………

tanú tanú