

**ADATKEZELÉSI  
HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT  
VISSZAVONÁSA**

(KÉRJÜK NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL KITÖLTENI)

Alulírott

Név.: .....

Lakcím/értesítési cím: .....

email cím: .....

tel.szám: .....

**a jelen nyilatkozat aláírásával, minden kényszertől és befolyástól mentesen, szabad akarat elhatározásból, az E-BRIDGES Digitális Iskola Alapítvány (székhely: 9766 Rum, Szombathelyi utca 47.), Adatkezelő részére (továbbiakban: Adatkezelő) általam saját kezűleg megadott személyes adataimnak kezeléséhez való hozzájárulásomat visszavonom.**

Kérem az Adatkezelőt, hogy jelen visszavonó nyilatkozatom alapján 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