Iktatószám:

Ügyintéző:

Telefon:

E-mail:

**NYILATKOZAT**

………………. (név) (születési név:……………….; születési idő: ……………….; lakóhely: ……………….; TAJ szám:……………….) rehabilitációs szolgáltatást kérő, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 21/B. § (3) bekezdés c) pontja alapján nyilatkozom, hogy[[1]](#footnote-1)

**a)** önként kért, **nyilvántartásba vett adataimat töröljék.**

**b) kizárólag foglalkozási rehabilitációs célú munkaközvetítést kértem, és**

20…. év… hó …nappal (naptól) határozatlan idejű1/vagy

20… év… hó …napig terjedő határozott idejű

**keresőtevékenységet folytatok**.

Munkaadó, foglalkoztató megnevezése:

Székhelye:

Telephelye:

A rehabilitációs hatóság a nyilvántartásba vett adataimat a foglalkoztatásra irányuló jogviszony keletkezésének napjával törli.

………….., …..…………………….

………………………………..

ügyfél

1. A megfelelő rész aláhúzandó! [↑](#footnote-ref-1)