



Nyíregyházi Család- és Gyermekjóléti Központ
4400 Nyíregyháza, Körte u. 41/A.
Tel.: 06 (42) 401-652 Fax: 06 (42) 460-052

.....(név)
.....(cím)

Tárgy: Kérelem iratbetekintéshez és iratmásolat kiadásához

Nyíregyházi Család- és Gyermekjóléti Központ
Lengyelne Pogácsás Mária Intézményvezető Asszony részére
Nyíregyháza
Körte u. 41/A.
4400

Tisztelt Intézményvezető Asszony!

Alulírott.....(név).....(cím)
gyermekem/gyermekeim, vonatkozásában, mint szülő/más törvényes képviselő
iratbetekintést/iratmásolat kiadását kérem.

Az érintett(ek) neve:.....
Születési adatai(k):.....
Lakcíme:.....

Az iratbetekintést/iratmásolatok kiadását az alábbi iratok vonatkozásában kérem:

.....
.....
.....

Az iratbetekintésre/iratmásolatok kiadására az alábbi okok miatt van szükségem:

.....
.....
.....
.....

Alulírott.....(név).....(cím)
kijelentem, hogy az Intézmény adatkezelési tevékenységéről tájékoztatást kaptam.

Kelt:

.....
aláírás