**Προς τη Δ/νση Κοινωνικής Πολιτικής & Υγείας**

**Δήμου Γαλατσίου**

**Έντυπο Συγκατάθεσης Επεξεργασίας**

**Προσωπικών Δεδομένων**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο:** | **Όνομα:** |
| **Πατρώνυμο:** | **ΑΜΚΑ:** |
| **Διεύθυνση:** | **Α.Φ.Μ.:** |
| **Τ.Κ.:** | **Α.Δ.Τ.:** |
| **Τηλέφωνο:** | **Email:** |

δηλώνω ότι δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και με πλήρη επίγνωση συγκατάθεση μου στη Δ/νση Κοινωνικής Πολιτικής & Υγείας του Δήμου Γαλατσίου όπως συλλέγει, φυλάσσει και επεξεργάζεται τα ως άνω δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εν ισχύ εθνική Νομοθεσία, όπως αυτά τροποποιούνται.

**Δηλώνω ότι έχω λάβει** ενημέρωση από την Υπηρεσία:

1. για τα δικαιώματά μου σε σχέση με την ανάκληση, εναντίωση, διόρθωση των προσωπικών δεδομένων οποιαδήποτε στιγμή,

2) πως η Υπηρεσία συλλέγει και χρησιμοποιεί τα προσωπικά μου δεδομένα με τη χρήση κάθε

διαθέσιμου μέσου: τηλεφωνική επικοινωνία, e-mail, sms, επιστολές μέσω ταχυδρομείου, προκειμένου να επικοινωνήσει μαζί μου ώστε να με πληροφορήσει, ειδοποιήσει περί υπηρεσιών, δράσεων και ενημερωτικών προγραμμάτων που οργανώνει,

3) πως η Υπηρεσία και μόνον επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα μέσω του προσωπικού της,

4) πως είμαι άνω των 16 ετών,

5) πως είμαι αυτός/η που έχει τη γονική μέριμνα του κάτω των 16 ετών παιδιού που επωφελείται από τις υπηρεσίες της Διεύθυνσης.

Ημερομηνία: Υπογραφή: