**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 ή καταστροφή 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 15 ετών,

5) πως είμαι αυτός/η που έχει τη γονική μέριμνα του κάτω των 15 ετών παιδιού που επωφελείται από τις υπηρεσίες της Διεύθυνσης.

6) πως σε περίπτωση κατάθεσης δικαιολογητικών θα τα εσωκλείω σε φάκελο για την προστασία των προσωπικών μου δεδομένων.

Ημερομηνία: Υπογραφή: