

### **ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

**A.** Ως αιτών για την παροχή τροφίμων/φαρμάκων από το Κοινωνικό Παντοπωλείο, Κοινωνικό Φαρμακείο, Κοινωνικό Συσσίτιο υπό τον τίτλο «Δομές Παροχής Βασικών Αγαθών: Κοινωνικό Παντοπωλείο , Κοινωνικό Φαρμακείο, Κοινωνικό Συσσίτιο Δήμου Μόσχατου - Ταύρου» (στο εξής «Δομές Παροχής Βασικών Αγαθών»), κατόπιν της προηγούμενης ενημέρωσης που έλαβα, ελεύθερα και με πλήρη επίγνωση δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου για τη νόμιμη επεξεργασία της ειδικής κατηγορίας δεδομένων μου (Πιστοποιητικό Αναπηρίας σε ισχύ από αρμόδια επιτροπή μόνο για αναπηρία 67% και άνω).

Ναι δίνω τη συγκατάθεσή μου \_\_\_\_\_

Όχι δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου \_\_\_\_\_

(συμπληρώστε αναλόγως)

Όνομα και επώνυμο: .....

Τόπος....., Ημερομηνία.....

**B.** Ως νόμιμος εκπρόσωπος του παιδιού, κατόπιν της προηγούμενης ενημέρωσης που έλαβα, ελεύθερα και με πλήρη επίγνωση, δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου, για τη νόμιμη επεξεργασία της ειδικής κατηγορίας δεδομένων του παιδιού μου. (Πιστοποιητικό Αναπηρίας σε ισχύ από αρμόδια επιτροπή μόνο για αναπηρία 67% και άνω).

Ναι δίνω τη συγκατάθεσή μου \_\_\_\_\_

Όχι δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου \_\_\_\_\_

(συμπληρώστε αναλόγως)

Όνομα και επώνυμο νόμιμου εκπροσώπου .....

Όνομα ανήλικου τέκνου:.....

Τόπος....., Ημερομηνία.....

Γ. Ως μέλος της οικογένειας του αιτούντα για την έκδοση κάρτας του αιτούντα από τις Δομές Παροχής Βασικών Αγαθών, κατόπιν της προηγούμενης ενημέρωσης που έλαβα, ελεύθερα και με πλήρη επίγνωση, δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου, για τη νόμιμη επεξεργασία της ειδικής κατηγορίας δεδομένων μου (Πιστοποιητικό Αναπηρίας σε ισχύ από αρμόδια επιτροπή μόνο για αναπηρία 67% και άνω).

Ναι δίνω τη συγκατάθεσή μου \_\_\_\_\_

Όχι δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου \_\_\_\_\_

(συμπληρώστε αναλόγως)

Όνομα και Επώνυμο:.....

Βαθμός Συγγένειας με αιτούντα:

Τόπος....., Ημερομηνία.....

**Δικαίωμα ανάκλησης:** Έχετε δικαίωμα να ανακαλέσετε οποτεδήποτε τη συγκατάθεσή σας χωρίς να θίγεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε σε αυτήν μέχρι και την ανάκλησή της.