

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Αποστολή», που εδρεύει στο Ν. Κόσμο, Αθήνα, Ήρας 8 & Δέσπως Σέχου 37, ΑΦΜ 997889618, Δ.Ο.Υ. ΙΖ' Αθήνας, ως Υπεύθυνη Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων, παρέχει δια του παρόντος την ακόλουθη ενημέρωση και ζητεί την εκ των προτέρων συναίνεσή σας (συγκατάθεση) για την προσκόμιση της ειδικής κατηγορίας δεδομένων **(Πιστοποιητικό Αναπηρίας σε ισχύ από αρμόδια επιτροπή μόνο για αναπηρία 80% και άνω)**.

Σκοπός επεξεργασίας είναι η επιπλέον μοριοδότησή σας, εφόσον συντρέχουν τα λοιπά κριτήρια (εισοδηματικά-κοινωνικά κ.τ.λ.), για την ένταξη στο Πρόγραμμα. **Νομική βάση επεξεργασίας** είναι η συγκατάθεσή σας.

Αποδέκτες δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα: Το υπαλληλικό προσωπικό και συνεργάτες της «Αποστολής», τα Φιλόπρωχα Ταμεία των Ιερών Μητροπόλεων Αλεξανδρουπόλεως, Τραιανουπόλεως και Σαμοθράκης και της Ιεράς Μητρόπολης Διδυμοτείχου, Ορεστιάδος και Σουφλίου, και οι Δήμοι των εξής νήσων: Καστελόριζο ή Μεγίστη, Τήλος, Ψέριμος, Νίσυρος, Χάλκη, Αρκοί, Λειψοί, Φούρνοι, Άη Στράτης, Ψαρά, Σαμοθράκη, Κάσος, Αστυπάλαια, Σύμη, Αγαθονήσι, Κάρπαθος, Σαρία που οι ανωτέρω σχετίζονται με την συλλογή των αιτήσεων και την ένταξη στο Πρόγραμμα.

Διατήρηση Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα: Η Εταιρεία θα διατηρεί και θα επεξεργάζεται τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εξυπηρέτηση των προαναφερθέντων σκοπών επεξεργασίας, για τη συμμόρφωσή της με τις νομικές της υποχρεώσεις, για την υπεράσπισή της έναντι τυχόν νομικών αξιώσεων, σύμφωνα με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο.

Άσκηση Δικαιώματος Ανάκλησης χωρίς να θίγεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε σε αυτήν μέχρι και την ανάκλησή της:

Για την άσκηση του δικαιώματος ανάκλησης και για οποιαδήποτε διευκρίνιση αναφορικά με τα δεδομένα σας προσωπικού χαρακτήρα, πραγματοποιείται χωρίς κόστος για εσάς:

- με έγγραφη επιστολή στην ηλεκτρονική διεύθυνση, dpo@mkoapostoli.gr
- αυτοπροσώπως ή με σχετική επιστολή προς την «Αποστολή» (Αθήνα-Ν. Κόσμος, Ήρας 8 & Δέσπως Σέχου 37), υπόψη του Υπεύθυνου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων ("Data Protection Officer").

Κάθε αίτημα που υποβάλλεται θα πρέπει να συνοδεύεται από τα κατάλληλα αποδεικτικά στοιχεία ταυτοποίησης. Η Εταιρεία μπορεί να ζητήσει την παροχή πρόσθετων πληροφοριών αναγκαίων για την επιβεβαίωση της ταυτότητάς σας/νομιμοποίησης σας

Εάν τα αιτήματά σας είναι προδήλως αβάσιμα ή υπερβολικά, ιδίως λόγω του επαναλαμβανόμενου χαρακτήρα τους, τότε έχουμε την δυνατότητα είτε: α) να επιβάλουμε την καταβολή εύλογου τέλους, λαμβάνοντας υπόψη τα διοικητικά έξοδα για την παροχή της ενημέρωσης ή β) να αρνηθούμε να δώσουμε συνέχεια στο αίτημα.

Θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός μηνός από τη λήψη του σχετικού αιτήματος, αφού σας ενημερώσουμε είτε για την ικανοποίησή του, είτε για τους αντικειμενικούς λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίησή του. Η ως άνω προθεσμία μπορεί να παραταθεί κατά δύο ακόμη μήνες, εφόσον απαιτείται, λαμβανομένων υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματος και του αριθμού των αιτημάτων, ύστερα από σχετική ενημέρωσή σας. Τα ως άνω δικαιώματα σας περιορίζονται για τους λόγους που προβλέπονται από την ισχύουσα νομοθεσία. Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι προσβάλλονται τα δικαιώματά σας που αφορούν στην προστασία των προσωπικών σας δεδομένων διατηρείτε το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, στην ταχυδρομική διεύθυνση Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Γραφεία: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλέφωνο 210 6475628, e-mail: contact@dpa.gr, fax: +30-210 6475628, www.dpa.gr

Για περισσότερες πληροφορίες για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, σας παραπέμπουμε στην Ενημέρωση που έχει αναρτηθεί στο site www.mkoapostoli.gr, η οποία επικαιροποιημένη θα βρίσκεται στην ανωτέρω ηλεκτρονική διεύθυνση.

Κατόπιν της ανωτέρω ενημέρωσης που έλαβα, εν πλήρη επιγνώσει:

1. ΑΙΤΟΥΣΑ

Για το πιστοποιητικό αναπηρίας της ίδιας της αιτούσας.

Ναι δίνω τη συγκατάθεσή μου _____ Όχι δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου _____
(συμπληρώστε αναλόγως)

Τόπος,, Ημερομηνία: / / 202.....

Όνομα και Επώνυμο Αιτούσας:.....

Υπογραφή:.....

2. ΝΟΜΙΜΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ (ΓΟΝΕΙΣ)

Για το πιστοποιητικό αναπηρίας ανήλικου τέκνου.

Όνομα και Επώνυμο Τέκνου:.....

-Όνομα και επώνυμο Πατέρα:

Ναι δίνω τη συγκατάθεσή μου _____ Όχι δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου _____
(συμπληρώστε αναλόγως)

Τόπος,, Ημερομηνία: / / 202.....

Υπογραφή Πατέρα:.....

-Όνομα και επώνυμο Μητέρας:.....

Ναι δίνω τη συγκατάθεσή μου _____ Όχι δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου _____
(συμπληρώστε αναλόγως)

Τόπος,, Ημερομηνία: / / 202.....

Υπογραφή Μητέρας:.....

3. ΣΥΖΥΓΟΣ ΑΙΤΟΥΣΗΣ

Για το πιστοποιητικό αναπηρίας του συζύγου της αιτούσης.

Όνομα και Επώνυμο Συζύγου :.....

Ναι δίνω τη συγκατάθεσή μου _____ Όχι δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου _____
(συμπληρώστε αναλόγως)

Τόπος....., Ημερομηνία: / / 202.....

Υπογραφή Συζύγου:.....