|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ** |

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ….……………………………………………………………………………..., δηλώνει υπεύθυνα πως οικειοθελώς παράθεσε στον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «*Άλμα Ζωής*»:

1. Αναγνωριστικά δεδομένα: ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, ημερομηνία γέννησης, φύλο, σύμφωνα με τα άρθρα 13 και 14 του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (679/2016)
2. Στοιχεία επικοινωνίας: διεύθυνση κατοικίας, κινητό τηλέφωνο, ηλεκτρονική διεύθυνση
3. Προσωπικά δεδομένα: οικογενειακή κατάσταση
4. Δεδομένα υγείας: ιατρικό ιστορικό νόσου, τύπος θεραπείας, τύπος και ημερομηνία χειρουργικής επέμβασης.

Τα παραπάνω στοιχεία συμπεριλαμβάνονται σε φυσικό και ηλεκτρονικό αρχείο του Συλλόγου «Άλμα Ζωής», το οποίο έχει μοναδικούς σκοπούς: α) τη διεκπεραίωση και ταυτοποίηση των αιτούντων υπηρεσίες από το «*Άλμα Ζωής*» και β) την καλύτερη εξυπηρέτηση των εξυπηρετούμενων και χρησιμοποιείται μόνο προς διευκόλυνσή τους κατά τη διάρκεια της επικοινωνία τους με το Σύλλογο «*Άλμα Ζωής*». Πρόσβαση σε αυτό το αρχείο έχουν μόνο εξουσιοδοτημένα άτομα που εργάζονται ή συνεργάζονται με το Σύλλογο «*Άλμα Ζωής*». Ο Σύλλογος «*Άλμα Ζωής*» εγγυάται ότι δεν θα γίνει χρήση των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα για άλλους σκοπούς, πέρα από αυτούς που αναφέρθηκαν στο παρόν έντυπο, χωρίς να σας έχουμε ενημερώσει εκ των προτέρων και χωρίς τη σχετική έγκρισή σας όπου απαιτείται. Τα δεδομένα σας τηρούνται για όσο διάστημα είστε μέλος, μετά αρχειοθετούνται ανωνυμοποιημένα και φυλάσσονται σε ασφαλή χώρο με ελεγχόμενη πρόσβαση. Ο Σύλλογος «*Άλμα Ζωής*» εφαρμόζει κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για να διασφαλίζει τη νόμιμη και ενδεδειγμένη χρήση των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που λαμβάνει, την ακεραιότητα, εμπιστευτικότητα, διαθεσιμότητα, ασφάλεια και προστασία τους και μεριμνά για την αποτροπή κάθε μη εξουσιοδοτημένης πρόσβασης στα δεδομένα αυτά.

Έχετε δικαίωμα να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας για χρήση των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα όποτε εσείς το επιθυμείτε. Στην περίπτωση αυτή δεν επηρεάζεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που έγινε όσο η συγκατάθεσή σας ήταν εν ισχύ. Μπορείτε να ζητήσετε αντίγραφο των δεδομένων σας, τη διόρθωση, τη διαγραφή τους, τον περιορισμό της επεξεργασίας τους ή να αντιταχθείτε στην επεξεργασία αυτή, καθώς και να ασκήσετε το δικαίωμά σας στη φορητότητα υποβάλλοντας σχετικό αίτημα, σύμφωνα με τα αντίστοιχα άρθρα 13-21 του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (679/2016).

Μπορείτε να διαβάσετε σχετικά με την πολιτική απορρήτου του Συλλόγου «*Άλμα Ζωής*» στη διεύθυνση: <https://www.almazois.gr/πολιτική-απορρήτου/>.

Για να ασκήσετε τα δικαιώματά σας αυτά μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Συλλόγου «*Άλμα Ζωής*» τον κο Γιάννη Καλαντζάκη με τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας: Ε: [dpo@almazois.gr](mailto:dpo@almazois.gr). Επιπλέον έχετε δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)).

**ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Με την υπογραφή του παρόντος δηλώνω ότι ενημερώθηκα για το σκοπό επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων μου και συγκατατίθεμαι στη συλλογή και επεξεργασία αυτών από το Σύλλογο «*Άλμα Ζωής*».

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τη συμμόρφωση του Συλλόγου «*Άλμα Ζωής*» με τις αρχές της νομιμότητας, αντικειμενικότητας και διαφάνειας, τον περιορισμό του σκοπού τήρησης δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, της ελαχιστοποίησης των δεδομένων, της ακρίβειας, του περιορισμού της περιόδου αποθήκευσης και της ακεραιότητας και εμπιστευτικότητας και δίνω την ελεύθερη, ρητή, ειδική, σαφή και εν πλήρη επίγνωση συγκατάθεσή μου προκειμένου τα συγκεκριμένα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αναφέρθηκαν παραπάνω και με αφορούν (ή/και αφορούν ανήλικο άτομο στην επιμέλειά μου) να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας για τους παραπάνω καθορισμένους, ρητούς και νόμιμους σκοπούς.

**\*να συμπληρωθούν υποχρεωτικά**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο\*: | Όνομα\*: |
| Ημερομηνία γέννησης\*: | Διεύθυνση\*: |
| ΤΚ\*: | Πόλη\*: |
| Τηλέφωνο: | Κινητό\*: |
| Email\*: | Ημερομηνία Επέμβασης**\*:** |
| Είδος Επέμβασης στο Μαστό\*:  □ Ολική μαστεκτομή □ Μερική μαστεκτομή  □ Ογκεκτομή □ Αμφοτερόπλευρη Μαστεκτομή | Πλαστική Αποκατάσταση\*:  □ Ναι □Όχι  Εάν ναι: □ Με σιλικόνη □ Μέθοδος TRAM |
| Είδος Θεραπείας:  Χημειοθεραπεία□ Ακτινοβολία □ Ορμονοθεραπεία□ Βιολογική (Herceptin) □ | Έμαθα για το Σύλλογο από: |

**να συμπληρωθούν προαιρετικά**

|  |  |
| --- | --- |
| Εκπαίδευση:  □ Δημοτικό □ Γυμνάσιο □ Λύκειο  □TEI □ AEI □ Μεταπτυχιακές σπουδές | Οικογενειακή Κατάσταση:  □ Άγαμος □ Έγγαμος  □Διαζευγμένη □ Χήρα |
| Επάγγελμα: |  |

Ενημερώθηκα για το καταστατικό, τους σκοπούς του Συλλόγου «*Άλμα Ζωής*», την πολιτική προστασίας  δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και επιθυμώ να γίνω μέλος.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή.

Ο φάκελος επικοινωνίας να αναφέρει την επωνυμία του συλλόγου;

ΝΑΙ □ ΟΧΙ □ μόνο με ηλεκτρονική αλληλογραφία □

Ονοματεπώνυμο αιτούσας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_