

Φόρμα Υποβολής Αιτήματος από το Υποκείμενο των Δεδομένων

Το παρόν έντυπο πρέπει να χρησιμοποιείται για την υποβολή αίτησης από το υποκείμενο των δεδομένων σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΓΚΠΔ).

Λεπτομέρειες του Υποβάλλοντα του Αιτήματος

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο:** |  |
| **Στοιχεία ταυτοποίησης:** | ΑΜΚΑ:  |
| **Στοιχεία επικοινωνίας:** | Οδός:  | Αριθ.: |
| ΤΚ: | Πόλη: |
| Email: |
| Τηλέφωνο: |

Είδος Αιτήματος

Παρακαλώ επιλέξτε τον τύπο του αιτήματος, που υποβάλλετε:

|  |
| --- |
|[ ]  *Άρση Συναίνεσης* |
|[ ]  *Αίτημα Πρόσβασης* |
|[ ]  *Διόρθωση Προσωπικών Δεδομένων* |
|[ ]  *Διαγραφή Προσωπικών Δεδομένων* |
|[ ]  *Περιορισμός της Επεξεργασίας των Προσωπικών Δεδομένων* |
|[ ]  *Αίτημα Φορητότητας Προσωπικών Δεδομένων* |
|[ ]  *Αντίρρηση στην Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων* |

Προσωπικά Δεδομένα που εμπλέκονται

|  |
| --- |
|  |

Λεπτομέρειες αιτήματος

|  |
| --- |
|  |

**Λόγος/αιτιολογία αιτήματος**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Υπογραφή:** |  |
| **Όνομα:** |  |
| **Ημερομηνία:** |  |

Μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση σας με τους εξής τρόπους:

* Ηλεκτρονικά στο email:
* Με ταχυδρομική αποστολή στη Διεύθυνση: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636 Θεσσαλονίκη
* Αυτοπρόσωπη παράδοση Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ