

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΑΤΕΙΟΥΧΩΝ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΥΓΕΙΑΣ**

*(στους οποίους δεν πραγματοποιείται από το ΓΛΚ η κράτηση υπέρ ΚΥΥΑΠ)*

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

**Α.Γ.Μ.:** .....

**ΒΑΘΜΟΣ:** .....

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**ΟΝΟΜΑ:** .....

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** .....

**ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:** .....

**Α.Μ.Κ.Α.:** .....

**Α.Δ.Τ.:** .....

**Α.Φ.Μ.:** .....

**Δ.Ο.Υ.:** .....

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

**ΟΔΟΣ:** .....

**ΑΡΙΘ. ...., Τ.Κ.:** .....

**ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ:** .....

**ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** .....

**EMAIL:** .....

**IBAN ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: GR.....**

.....

**ΤΡΑΠΕΖΑ:** .....

**ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

- Αντίγραφο Μηνιαίου Ενημερωτικού Σημειώματος Πληρωμής Σύνταξης
- Αντίγραφο Απόφασης Απονομής Σύνταξης .

**ΠΡΟΣ**

**ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.**

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΠΟΛΕΩΝ**

**Βερανζέρου 48, Αθήνα, Τ.Κ.: 104-38**

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες, κατά λόγω αρμοδιότητας, ενέργειες εγγραφής μου στον Κλάδο Υγείας της πρώην Αστυνομίας Πόλεων. Η μηνιαία κράτηση επιθυμώ να παρακρατείται μέσω του Ε.Φ.Κ.Α. Το οφειλόμενο ποσό των κρατήσεων που προκύπτει αναδρομικά από ...../...../..... (α) έως την ημερομηνία έναρξης της κράτησης από τον Ε.Φ.Κ.Α. θα καταβάλω εφάπαξ στον ΚΥΥΑΠ με την προβλεπόμενη από τον κανονισμό διαδικασία.

(α): Η ημερομηνία προκύπτει από το έντυπο Απονομής Σύνταξης και συγκεκριμένα στην πρώτη παράγραφο αυτής.

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Ο/Η υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι: Ενημερώθηκα από το ΤΑ.Π.Α.Σ.Α., **συναινώ και παρέχω** την ρητή ελεύθερη, συγκεκριμένη και εν πλήρη επίγνωση συγκατάθεσή μου, για την συλλογή, τήρηση (σε ηλεκτρονικό ή μη αρχείο) και επεξεργασία προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων που με αφορούν, τα οποία έχουν συλλεγεί και βρίσκονται στην κατοχή του ή θα συλλεγούν και θα προκύψουν στη συνέχεια, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων [GDPR ΕΕ2016/679] και τον Ν.4624/2019 η οποία εφαρμόζεται από το Ταμείο και θεωρείται απαραίτητη για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών του. Για τις ανωτέρω συγκαταθέσεις, πέραν των περιπτώσεων για τις οποίες η συλλογή, τήρηση και επεξεργασία είναι κατά νόμο υποχρεωτική, έχω ενημερωθεί ότι δύναται να υπάρξει ανάκληση οποιαδήποτε στιγμή επιθυμώ, με σχετική δήλωση μου στον Φορέα, εφόσον δεν επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών που εμπίπτουν στο αντικείμενο δραστηριότητας του Ταμείου. Επίσης παρέχω την συγκατάθεση να μου αποστέλλεται οποιοδήποτε πληροφορία ή έγγραφο σχετικά με το αίτημά μου με sms ή email, στα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει στην αίτηση μου.

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Για οποιαδήποτε περαιτέρω σχετική πληροφορία περί προσωπικών δεδομένων μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο [www.tapasa.gr](http://www.tapasa.gr) ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού στο email: [dpo@tapasa.gr](mailto:dpo@tapasa.gr)

.....  
(τόπος) (ημερομηνία)

..... **ΑΙΤ**.....