*Συμπληρώστε την παρακάτω φόρμα και στείλτε την στο* thess\_gspap@autismgreece.gr

|  |
| --- |
| **ΦΟΡΜΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**  |
| **Φορέας/Οργανισμός** |  |
| **Όνομα ομάδας** |  |
| **Αριθμός μελών (ή και ονόματα μελών)** |  |
| **Τηλέφωνο επικοινωνίας** |  |
| **Email επικοινωνίας** |  |

\* το παρόν κρατείται από το ΕΕΠΑΑ μέχρι την ημέρα που θα λάβει χώρα η έκθεση ζωγραφικής. Μετά το πέρας της εκδήλωσης το έντυπο καταστρέφεται.

\* με τον παρόν συναινώ ότι το Κέντρο Πρόληψης ΣΕΙΡΙΟΣ, υπό την ιδιότητα του ως υπεύθυνος επεξεργασίας, σας ενημερώνει, σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ένωσης (εφεξής ΓΚΠΔ) και τις διατάξεις της σχετικής κείμενης ελληνικής νομοθεσίας περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ότι επεξεργάζεται προσωπικά σας δεδομένα, που συλλέγονται με την υποβολή της αίτησης σας για συμμετοχή στις δράσεις του Κέντρου Πρόληψης αποκλειστικά και μόνο με αποδέκτες των δεδομένων σας τους εργαζόμενους του Κέντρου Πρόληψης, που παραλαμβάνουν τις αιτήσεις συμμετοχής σας και διοργανώνουν τις συγκεκριμένες με τις εκάστοτε θεματικές. Δεν διαβιβάζονται προσωπικά σας δεδομένα σε άλλους τρίτους ή σε τρίτη χώρα εκτός Ε.Ε.

Παράλληλα με την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, η συμμετοχή σας προστατεύεται από εχεμύθεια και το απόρρητο, όχι μόνο κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά το πέρας των συγκεκριμένων δράσεων.

Συναινώ Δεν συναινώ

**Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος/εκπροσώπου……………………………………………………..**

**Υπογραφή…………………………………………………….**