|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**ΕΠΩΝΥΜΟ: ...........................................ΟΝΟΜΑ: ................................................ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.......................................ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: ..............................Α.Φ.Μ: ..................................................ΑΜΚΑ: ..................................................Δ/ΝΣΗ: ...............................................................................................................ΤΗΛ: .....................................................E-MAIL: ................................................Ημ/νια ......-......- ..H Δ/νση Δημ. Υγείας. της Περιφέρειας Ηπείρου ενημερώνει σύμφωνα με το άρθρο 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων ότι υπεύθυνος επεξεργασίας για τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση είναι ο ΟΤΑ β' βαθμού Περιφέρεια Ηπείρου. Η Περιφέρεια Ηπείρου συλλέγει τα ανωτέρω δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και τα επεξεργάζεται αποκλειστικά και μόνο για την εκτέλεση των κατά νόμο αρμοδιοτήτων της. Πρόσβαση στα δεδομένα αυτά μπορεί να αποκτήσει κάθε πολίτης υπό τους όρους του άρθρο 5 Ν.2690/1999 σε συνδυασμό με τον Κανονισμό Πληροφόρησης Πολιτών της Περιφέρειας Ηπείρου. Τα δεδομένα αποθηκεύονται για το χρονικό διάστημα που είναι αναγκαίο για την επεξεργασία του αιτήματος του πολίτη και στην συνέχεια για σκοπούς αρχειοθέτησης, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Κάθε υποκείμενο δεδομένων έχει δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα που το αφορούν. Έχει επίσης το δικαίωμα να ζητήσει την διόρθωσή τους, τον περιορισμό της επεξεργασίας τους καθώς και την λήψη αντιγράφων σε κοινώς αναγνώσιμο μορφότυπο (δικαίωμα στην φορητότητα των δεδομένων), σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων. Κάθε θιγόμενος έχει δικαίωμα προσφυγής στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.  | **ΠΡΟΣ****ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**ΘΕΜΑ: ΥΠΟΒΟΛΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ / ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ**Παρακαλώ να επισυνάψετε στην αίτησή μου για τη λίστα αναμονής της ιατρικής ειδικότητας………………………… ……………………………………………………………..στο νοσοκομείο……………………… ....…………….**Α)** για την ολοκλήρωση του φακέλου μου. **Η΄/ ΚΑΙ****Β)** για την επαναφορά σε ισχύ της αρχικής μου αίτησής μου (σε περίπτωση χρονολογικής παράτασης).Συνυποβάλλω τα εξής δικαιολογητικά:............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ O/ Η ΑΙΤ………   ...........................................  |