****

|  |
| --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** |
| **ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ** |
| **ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ** |
| **Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝ/ΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ** |
| **ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ & ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ** |
| ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: Μοναστηρίου 53-55ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Μ. Καλογεροπούλου, Σ.Μαλούση 2310-509038, 2310509050, 2310315100 |

♦

###### ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: | |  |
| Τηλέφωνο | Οικίας: |  |
| **Κινητό:** |  |
| Εργασίας: |  |
| Εργασία (προαιρετική απάντηση): | |  |
| Αριθμός παιδιών: | |  |
| Ηλικία & Φύλο: | |  |
| Ανεργία γονέων: | |  |
| Μονογονεική Οικογένεια: | |  |

Επιθυμώ να λάβω μέρος στις 8 συναντήσεις της ομάδας **“Γονεϊκότητα και φάσμα αυτισμού στην προσχολική και σχολική ηλικία” ( 4-12 ετών).** οι οποίες θα πραγματοποιούνται κάθε Τετάρτη πρωί. Θα γίνουν συνολικά 8 δίωρες συναντήσεις. Έναρξη:  **22/1/2019, στην αίθουσα της Δημοτικής Περιφερειακής Βιβλιοθήκης Κωνσταντινουπόλεως , Κωνσταντινουπόλεως 45-47, από τις 10.00-12.00π.μ.**

Με την παρούσα δήλωση παρέχω τη ρητή συγκατάθεση μου για την επεξεργασία όλων των προσωπικών μου δεδομένων – όπως αυτά έχουν δηλωθεί στην αίτηση μου και στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά –από τον Δήμο Θεσσαλονίκης, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (GDPR) και τις διατάξεις του Ν. 2472/1997, για τους ακόλουθους σκοπούς:

την αξιολόγηση της αίτησης, την ταυτοποίηση και την ένταξη ως δικαιούχο σε προγράμματα και παροχές του Φορέα

Γνωρίζω ότι διατηρώ το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης μου ανά πάσα στιγμή.

Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Δήμος Θεσσαλονίκης, Βασ. Γεωργίου 1 Εκτελών την επεξεργασία: τηλ. 2310-509043

Θεσσαλονίκη ……………..

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ