

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ / AUTHORISATION

Εγώ ο κάτωθι υπογεγραμμένος, εξουσιοδοτώ τον/την κο/κα
....., Αρ. Πολιτικής Ταυτότητας
....., να υποβάλει και να παραλάβει εκ μέρους μου το Δελτίο Υγείας μου και να
διεκπεραιώσει οποιαδήποτε απαιτούμενη ενέργεια απορρέει από τα πιο πάνω. Νοείται ότι η παρούσα
εξουσιοδότηση ισχύει μέχρις ότου αναιρεθεί/αντικατασταθεί από εμένα ενωρίτερα.

I the undersigned, authorise Mr/Ms....., ID no
....., to submit and receive on my behalf my Health Certificate and to process any necessary
actions resulting from the above. It is noted that this authorization is until it is revoked/replaced by me earlier.

Όνοματεπώνυμο Εξουσιοδοτούντος / Name of person authorizing

Αριθμός Ταυτότητας / ID Number

x _____

Υπογραφή Εξουσιοδοτούντος / Signature of person authorizing

Ημερομηνία / Date:

Ο ΚΟΑ, ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων, ακολουθεί τον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων 2016/679 (GDPR) και επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα με ασφαλή τρόπο και αποκλειστικά για το σκοπό που αυτά συλλέγονται. Τα στοιχεία σας στο παρών έντυπο θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά από τον ΚΟΑ για σκοπούς απόδειξης της παραλαβής των Δελτίων Υγείας. Το παρών έντυπο θα διατηρηθεί στα αρχεία του ΚΟΑ για 3 έτη.

Έχετε δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, περιορισμού/εναντίωσης σε επεξεργασία ή/και διαγραφής των Προσωπικών σας Δεδομένων. Για να εξασκήσετε τα δικαιώματά παρακαλώ όπως επικοινωνήσετε στο info@sportskoa.org.cy ή 22897140 & 22897121.

Μπορείτε να ενημερωθείτε σχετικά με την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΚΟΑ στην ιστοσελίδα <https://cyprussports.org/gr/> ή επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ) του ΚΟΑ στο dpo@sportskoa.org.cy. Σε περίπτωση παραπόνου μπορείτε να αποταθείτε στον ΥΠΔ του ΚΟΑ ή, αν δεν ικανοποιηθείτε, στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dataprotection.org.cy).