



ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ – ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΥ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Εμείς οι κάτωθι υπογεγραμμένοι, δηλώνουμε ότι ασκούμε τη γονική μέριμνα του ανήλικου με αριθμό ταυτότητας....., και δια της παρούσης δηλώνουμε ότι γνωρίζουμε, συγκατατιθέμεθα, συναινούμε και επιτρέπουμε στην έκδοση Δελτίου Υγείας του/της εν λόγω ανήλικου σύμφωνα με τον Περί Κυπριακού Οργανισμού Αθλητισμού Νόμο του 1969 (41/1969) και έως 1996, ως αυτός έχει μεταγενέστερα τροποποιηθεί. Επιπλέον γνωρίζω, συγκατατίθεμαι, συναινώ και επιτρέπω στον ΚΟΑ όπως εκδώσει στο πιο πάνω αναφερόμενο ανήλικο το Δελτίο Υγείας.

Συναινούμε επίσης και επιτρέπουμε όπως για σκοπούς της παρούσας Δήλωσης, ο ΚΟΑ επεξεργάζεται, διατηρεί και καταγράφει τα προσωπικά δεδομένα μας και τα προσωπικά δεδομένα του ανήλικου τέκνου μας σύμφωνα με τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων και των σχετικών νόμων. Έχουμε ενημερωθεί για το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, περιορισμού/εναντίωσης σε επεξεργασία ή/και διαγραφής των Προσωπικών μας Δεδομένων.

Για άσκηση των εν λόγω δικαιωμάτων καθώς και για ενημέρωση σχετικά με την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΚΟΑ επισκεφτείτε την ιστοσελίδα info@sportskoa.org.cy ή επικοινωνήστε 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).

Ασκούντες τη γονική μέριμνα του **ανήλικου**,

Όνομα γονέα.....

ΑΔΤ.....,

Διεύθυνση – Τηλέφωνο

.....

Υπογραφή.....

Όνομα γονέα.....

ΑΔΤ,

Διεύθυνση – Τηλέφωνο

.....

Υπογραφή.....

