

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟΝ Κ.Υ.Υ.Α.Π.

Α.Γ.Μ.
ΒΑΘΜΟΣ
ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΑΦΜ:
Α.Μ.Κ.Α.

ΠΡΟΣ

**ΤΑ.Π.Α.Σ.Α./
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΠΟΛΕΩΝ**

Βερανζέρου 48 Αθήνα Τ.Κ. 10438

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες εγγραφής μου στον Κλάδο Υγείας της πρώην Αστυνομίας Πόλεων, όπως προβλέπεται από το άρθρο 1 της από 23/02/2022 Υπουργικής Απόφασης που δημοσιεύτηκε στο Φ.Ε.Κ. Β' 1651 / 07-04-2022.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....
ΑΡΙΘΜ.....Τ.Κ.....
ΠΟΛΗ:.....
ΝΟΜΟΣ.....
ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Αντίγραφο Φύλλο Μητρώου Υπηρεσίας, από την οποία προκύπτει ότι η ημερομηνία κατάταξής μου στην Ελληνική Αστυνομία είναι **μεταγενέστερη της 08/04/2007**.

«Με τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης και την υπογραφή αυτής, δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων που απορρέουν από το [Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων \(ΓΚΠΠΔ\) \[GDPR ΕΕ2016/679\]](#), ότι παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα αυτής. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την κείμενη νομοθεσία, την εκπλήρωση καθήκοντος προς το δημόσιο συμφέρον και την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του Ταμείου.
Το Ταμείο δεσμεύεται για την νόμιμη και μη καταχρηστική επεξεργασία των στοιχείων αυτών, καθώς και για την αξιοποίηση των κατάλληλων οργανωτικών και τεχνικών μέτρων για την φύλαξη τους. Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.tapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@tapasa.gr ή στο τηλέφωνο 2105276890».

.....,/...../20....

Ο/Η Αιτών/ουσα