

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΠΡΟΣ

ΟΝΟΜΑ:

ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

**ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΠΟΛΕΩΝ**

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Βερανζέρου 48, Αθήνα Τ.Κ. 10438

Α.Δ.Τ.

ΑΦΜ:

Παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή όπως προβλέπεται από το άρθρο 5, εδάφιο α, περίπτωση ΙΙΙ, της από 27/06/2019 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β' 2763 / 03-07-2019).

IBAN.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΟΔΟΣ:.....

Ποσό ύψους τεσσάρων χιλιάδων ευρώ (4.000,00€)

ΑΡΙΘΜ..... Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ:.....

ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛ.....

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(απώλειας ζωής που αφορά έγγαμο μέλος με ανήλικα τέκνα)

- Ληξιαρχική Πράξη Θανάτου
- Ληξιαρχική Πράξη Γάμου
- Πιστοποιητικό γέννησης ανήλικων τέκνων
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
- Πιστοποιητικό Εγγυτέρων Συγγενών
- Φωτοαντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού

«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.teapasa.gr, ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού (email) dpo@teapasa.gr ή στο τηλέφωνο 210-5276890».

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

Ο/Η Αιτ....