



## Έγγραφο Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης Μέλους προς Οδοντιατρικό Σύλλογο Λάρισας

Ο/ Η υπογράφων/ουσα ..... παρέχω, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 7 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε. 679/2016), την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και εν πλήρη επιγνώσει συγκατάθεσή μου στον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λάρισας με ΑΦΜ 099836142 που εδρεύει στη Λάρισα, στην οδό Ερ. Σταυρού αριθμ. 9-17 και εκπροσωπείται νόμιμα από τον Πρόεδρο κ. Κουτσογιάννη Γ. Ευστάθιο, για τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση προσωπικών μου δεδομένων, για την εξυπηρέτηση των συλλογικών καθηκόντων/σκοπών του, όπως αυτά αναφέρονται παρακάτω.

### 1. Πληροφόρηση

Ο Ο.Σ.Λ. σας ενημερώνει ότι νομίμως συλλέγονται και επεξεργάζονται προσωπικά δεδομένα με σκοπό την εκπλήρωση των αποκλειστικά επαγγελματικών του καθηκόντων και την εξυπηρέτηση των εννόμων συμφερόντων που σχετίζονται με αυτά και αναγράφονται στο καταστατικό του, βάση του νέου Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων ( Άρθρο 6, ε & στ).

#### 1.1 Τύποι Δεδομένων που Συλλέγονται

α.	Δεδομένα Ταυτοποίησης (όνομα, επώνυμο, ΑΦΜ, ΑΜΚΑ κ.α.)
β.	Δεδομένα Επικοινωνίας (διεύθυνση, τηλέφωνα, email)
γ.	Ακαδημαϊκά και Επαγγελματικά Δεδομένα (πτυχία, άδειες οδοντιατρείων)
δ.	Ευαίσθητα Δεδομένα (πειθαρχικά, οικογενειακή κατάσταση)

#### 1.2 Πηγές Δεδομένων

Σε κάθε περίπτωση τα δεδομένα συλλέγονται: από τα υποκείμενα, από την Περιφέρεια Θεσσαλίας (Δ. Υγιεινής), από άλλους Συλλόγους.

#### 1.3 Αποδέκτες των Δεδομένων:

α.	Άλλοι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι
β.	Υπουργείο Υγείας/Εργασίας, ΕΦΚΑ
γ.	Συγγενικά πρόσωπα υποκειμένου, κατόπιν εξουσιοδότησης/συγκατάθεσης
δ.	Μέλη του Συλλόγου

#### 1.4 Χρόνος Επεξεργασίας

Απαραίτητα και για λόγους Συμμόρφωσης προς τη Φορολογική Νομοθεσία, όλα τα δεδομένα πληρωμών κατακρατούνται για 20 έτη. Τα υπόλοιπα προσωπικά δεδομένα μεταφέρονται σε ειδική τοποθεσία μακράς αποθήκευσης για σκοπούς αρχειοθέτησης του Συλλόγου.

**1.5 Οι Αρχές οι οποίες διέπουν και νομιμοποιούν κάθε επεξεργασία του Συλλόγου, σύμφωνα με τη νομοθεσία είναι οι εξής:** Νομιμότητα, Αντικειμενικότητα Διαφάνεια, Περιορισμός του σκοπού, Ελαχιστοποίηση των δεδομένων, Ακρίβεια, Περιορισμός της περιόδου αποθήκευσης, Ακεραιότητα, Εμπιστευτικότητα και Λογοδοσία.

## 1.6 Δικαιώματα Υποκειμένου

Λαμβάνονται επίσης όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, τη διασφάλιση του απορρήτου, του αδιάβλητου των διαδικασιών και το σεβασμό όλων των Δικαιωμάτων του Υποκειμένου που απορρέουν από την νομοθεσία: Δικαίωμα Πρόσβασης, Διόρθωσης, Εναντίωσης, Διαγραφής, Περιορισμού, Φορητότητας, Ανάκληση συγκατάθεσης, Εναντίωση στην Αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων & Καταγγελίας. Η άσκηση των προαναφερθέντων δικαιωμάτων προϋποθέτει την υποβολή, χωρίς κόστος, έγγραφης αίτησης ή αποστολής ηλεκτρονικού μηνύματος στο (Στοιχεία επικοινωνίας Υπεύθυνου Επεξεργασίας). Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, λαμβάνεται κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του/τους εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

Για οποιοδήποτε θέμα μπορώ να απευθυνθώ στον αρμόδιο Υπεύθυνο για την Προστασία Δεδομένων (DPO) του Συλλόγου, ggiaglaras@gmail.com, και σε κάθε δε περίπτωση δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισιάς 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr).

## 2. Συγκατάθεση

Έχω ενημερωθεί για τα πιο πάνω και δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και εν πλήρη επιγνώσει συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου, συμπληρωματικά για τους παρακάτω σκοπούς και χρήσεις των προσωπικών μου Δεδομένων:

α) Την αποστολή των Προσωπικών μου Δεδομένων (ονοματεπών., οικ. κατάσταση, άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, υπηκοότητα, ημ. γένν., φύλο, στοιχεία συζύγου, ΑΦΜ, ΑΔΤ) στην Πλατφόρμα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας.

β) Τη χρήση των Προσωπικών μου Δεδομένων (ονοματεπών., διεύθυνση, τηλέφωνο, email) για αλληλογραφία από τον Ο.Σ.Λ.

γ) Την κοινοποίηση των Προσωπικών μου Δεδομένων (ονοματεπών., διεύθυνση, τηλέφωνο, email) στον ιστότοπο του Ο.Σ.Λ..

δ) Την κοινοποίηση των Προσωπικών μου Δεδομένων (ονοματεπών., διεύθυνση, τηλέφωνο, email) σε άλλους Οδοντιατρικούς Συλλόγους.

ε) Τη χορήγηση των Προσωπικών μου Δεδομένων σε μορφή βεβαιώσεων από τον Ο.Σ.Λ. προς τα δύο παρακάτω συγγενικά μου πρόσωπα<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_ .

ζ) Την κοινοποίηση των Προσωπικών μου Δεδομένων (ονοματεπών., διεύθυνση) στη Στοματολογική Εταιρία Θεσσαλίας.

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Λοιπά πρόσωπα μπορούν να παραλάβουν τις εν λόγω βεβαιώσεις με τη χρήση Υπεύθυνης Δήλωσης με το γνήσιο της υπογραφής