##

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΔΗΜΟΣ ΞΑΝΘΗΣ

Δ/νση Κοινωνικής Προστασίας, Αθλητισμού,

Παιδείας και Πολιτισμού

Τμήμα Αθλητισμού και Νέας Γενιάς

e-mail: sports@cityofxanthi.gr

## Τηλ: 2541063350 ΑΙΤΗΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ–Υ.Δ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ

##  ΤΕΚΝΟΥ ΑΜΕΑ ΣΤΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟ ΞΑΝΘΗΣ

Αρ. Αθλητικής Ταυτότητας: …………….

ΟΝΟΜΑ: …………………………………….

ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………….

Επιθυμώ να εγγραφεί μέλος το ανήλικο τέκνο μου στις ώρες ΑμεΑ στο κολυμβητήριο του Δήμου Ξάνθης, για την περίοδο... ………………………..

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: …………………………

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ………………………

ΔΙΕΥΘ.ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ………………………….

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………………….

ΑΡΙΘΜΟΣ Δ.Τ.: ……………………………. EMAIL:

**Απαραίτητα δικαιολογητικά τέκνου ΑμεΑ:**

α) Ιατρική βεβαίωση Γενικού Ιατρού (παθολογικά και δερματολογικά ελεγμένος).

β) Φ/Α ταυτότητας ή πράσινης κάρτας (για αλλοδαπούς).

γ)Γνωστοποίηση αναπηρίας ( για ΑμεΑ)

δ) 2 μικρές φωτογραφίες.

Σημειώνεται ότι οι ιατρικές βεβαιώσεις, όπου απαιτούνται, κατά την αυτοπρόσωπη προσκόμισή τους στη Γραμματεία, πρέπει να είναι πρωτότυπες και όχι φωτοτυπίες και θα ανανεώνονται ετησίως.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)**

Με ατομική µου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986), δηλώνω ότι:

* + Τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή.
	+ Είμαι ικανός για αθλητική δραστηριότητα σύμφωνα με τη συνημμένη ιατρική βεβαίωση.
	+ Κατανοώ ότι ασκούμαι µε δική µου ευθύνη και σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της άσκησης

εμφανισθούν συμπτώματα, θα πρέπει αμέσως να σταματήσω την προσπάθεια.

* + Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν πονοκέφαλο ή ζάλη, βάρος ή πόνο στο στήθος, αρρυθμίες, αιφνίδια δυσκολία στην αναπνοή ή πρόβλημα στους μυς και στις αρθρώσεις, τα οποία επιμένουν για αρκετές ημέρες μετά την άσκηση.
	+ Παραιτούμαι ατομικά και για λογαριασμό δικαιούχων µου από κάθε σχετική αποζημίωση από τον Δήμο Ξάνθης εξαιτίας τραυματισμού µου κατά τη διάρκεια της ατομικής μου εκγύμνασης.
	+ Θα πρέπει να ενημερώσω το Τμήμα Αθλητισμού & Νέας Γενιάς Δήμου Ξάνθης για οποιαδήποτε πιθανή µμεταβολή στην κατάσταση της υγείας µου.
	+ Ότι γνωρίζω κολύμβηση και ότι συμφωνώ απόλυτα με τους κανονισμούς λειτουργίας του Δημοτικού Κολυμβητηρίου που μου κοινοποιήθηκαν (ΑΔΑ: ΒΙΗ2ΩΚ8-ΧΔ8) και έχω την απόλυτη ευθύνη για τυχόν µη συµµόρφωσή µου µε αυτόν.

Ξάνθη ……../………/202....

Ο /Η Δηλ……….

Υπογραφή………………………………

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

**Υπεύθυνος Επεξεργασίας:** Δήμος Ξάνθης - Τμήμα Αθλητισμού & Νέας Γενιάς

**Χορηγούμενα Προσωπικά Δεδομένα:**

Ιατρικές βεβαιώσεις, στοιχεία ταυτότητας, στοιχεία επικοινωνίας, φωτογραφίες, βεβαιώσεις ΑΜΕΑ και όσα στοιχεία αναφέρονται στην αίτηση για εγγραφή στο Δημοτικό Κολυμβητήριο Ξάνθης τα οποία αποτελούν προσωπικά ή και ευαίσθητα δεδομένα.

**Σκοπός Επεξεργασίας:**

Ο Δήμος Ξάνθης θα τηρεί τα ανωτέρω δεδομένα αποκλειστικά και μόνο για έκδοση αθλητικής ταυτότητας, παροχή έκπτωσης σε προγράμματα μαζικού αθλητισμού, είσπραξη συνδρομής για συμμετοχή σε προγράμματα μαζικού αθλητισμού.

Τα δεδομένα αυτά τηρούνται από το Δήμο με απόλυτη εχεμύθεια.

Πρόσβαση στα εν λόγω δεδομένα θα έχει μόνο το απολύτως απαραίτητο διοικητικό/υπαλληλικό προσωπικό του Δήμου **και τυχόν** εξωτερικοί συνεργάτες του, οι οποίοι θα λειτουργούν ως εκτελούντες την επεξεργασία για λογαριασμό του Δήμου.

Τα δεδομένα αυτά δύναται να διαβιβαστούν σε τρίτους μόνο κατόπιν ρητής συγκατάθεσης του υποκειμένου, με εξαίρεση την περίπτωση που τυχόν ανακύψει ζήτημα ζωτικού συμφέροντος του υποκειμένου. Τα δεδομένα αυτά θα τηρούνται για όσο χρόνο το υποκείμενο θα είναι εγγεγραμμένο σε πρόγραμμα του Δήμου, όσο χρόνο απαιτείται για την εκπλήρωση του έννομου συμφέροντος του προσώπου ή έως ότου ζητήσει τη διαγραφή τους.

Το υποκείμενο έχει δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας των δεδομένων του, ανάκλησης της συγκατάθεσης. Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν έχει αναδρομική ισχύ και ως εκ τούτου δεν θίγει τη νομιμότητα επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση προς της ανάκλησής της.

Τα ανωτέρω δικαιώματα μπορούν να ασκηθούν με την υποβολή αντίστοιχου έγγραφου αιτήματος στο αρμόδιο Τμήμα Αθλητισμού & Νέας Γενιάς του Δήμου είτε ηλεκτρονικά στη διεύθυνση dpo@cityofxanthi.gr. Σε περίπτωση που δεν ολοκληρωθεί το αίτημά σας εγκαίρως ή δεν λάβετε ικανοποιητική απάντηση εκ μέρους τoυ Δήμου, μπορείτε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΑΠΔΠΧ) στα εξής στοιχεία: email contact@dpa.gr, τηλέφωνο 210 6475600, ταχυδρομική διεύθυνση: Λεωφ. Κηφισίας αρ. 1-3, Τ.Κ. 115 23.

Συναινώ στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων που συμπληρώνονται στην παρούσα δήλωση σύμφωνα με τους ανωτέρω όρους.

**Ξάνθη, ….…/….…./202…...**

**Ο δηλών/Η δηλούσα**

Υπογραφή…………………

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως. (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.