

Αίτηση Συμμετοχής στην πράξη «Ειδικό Πρόγραμμα Τηλεκατάρτισης με πιστοποίηση για επιστήμονες πληττόμενους από τον COVID-19 που εντάσσονται στους 6 βασικούς επιστημονικούς κλάδους της χώρας βάση ΚΑΔ οριζόμενων από το Υπουργείο Οικονομικών»

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΦΜ:

ΚΑΔ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

(Συμπληρώστε τα πεδία χρησιμοποιώντας ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα, ΑΚΡΙΒΩΣ όπως αναφέρονται στην αστυνομική σας ταυτότητα και άλλα επίσημα έγγραφα)

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ / ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οδός – Αριθμός:

Ταχ. Κώδικας:

Πόλη:

Αριθμός σταθερού τηλεφώνου:

Αριθμός κινητού τηλεφώνου:

e-mail:

IBAN

ΤΡΑΠΕΖΑ

Δηλώνω ότι επιθυμώ να παρακολουθήσω το παρακάτω Αντικείμενο Κατάρτισης:

- Δηλώνω υπεύθυνα ότι παρέχω, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε. 679/2016 καθώς και με τις αντίστοιχες ισχύουσες διατάξεις που αφορούν σε αυτό, κατόπιν της ένταξής του στην εθνική νομοθεσία), τη ρητή συγκατάθεσή μου στον Οργανισμό κατάρτισης ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΡΙΑ ΣΕΡΡΩΝ ΕΠΕ (ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΚΕΔΙΒΙΜ 2) και αποδέχομαι τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση των προσωπικών μου δεδομένων, για την εξυπηρέτηση των σκοπών του προγράμματος κατάρτισης, στο οποίο αιτήθηκα τη συμμετοχή μου.
- Αποδέχομαι τους όρους συμμετοχής του έργου που αναφέρονται στο πλήρες κείμενο της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συμμετοχή στην πράξη.
- Δηλώνω ότι τα δηλωθέντα στοιχεία που έχω συμπληρώσει στην αίτηση είναι αληθή.

..... / / 2020
(Πόλη) (Ημερομηνία)

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

(Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)