



## ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ – ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

### ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Εγώ ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, δηλώνω ότι ασκώ αποκλειστικά τη γονική μέριμνα, του ανήλικου ..... με αριθμό ταυτότητας..... και δια της παρούσης δηλώνω ότι γνωρίζω, συγκατατίθεμαι, συναινώ και επιτρέπω στην έκδοση Δελτίου Υγείας του/της εν λόγω ανήλικου σύμφωνα με τον Περί Κυπριακού Οργανισμού Αθλητισμού Νόμοι του 1969 έως 1996, ως αυτός έχει μεταγενέστερα τροποποιηθεί. Επιπλέον γνωρίζω, συγκατατίθεμαι, συναινώ και επιτρέπω στον ΚΟΑ όπως εκδώσει στο πιο πάνω αναφερόμενο ανήλικο το Δελτίο Υγείας.

Συναινώ επίσης και επιτρέπω όπως για σκοπούς της παρούσας Δήλωσης, ο ΚΟΑ επεξεργάζεται, διατηρεί και καταγράφει τα προσωπικά δεδομένα μου και τα προσωπικά δεδομένα του ανήλικου τέκνου μου σύμφωνα με τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων και των σχετικών νόμων. Έχω ενημερωθεί για το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, περιορισμού/εναντίωσης σε επεξεργασία ή/και διαγραφής των Προσωπικών μας Δεδομένων.

Για άσκηση των εν λόγω δικαιωμάτων καθώς και για ενημέρωση σχετικά με την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΚΟΑ επισκεφτείτε την ιστοσελίδα [info@sportskoa.org.cy](mailto:info@sportskoa.org.cy) ή επικοινωνήστε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ) του ΚΟΑ στο [dpo@sportskoa.org.cy](mailto:dpo@sportskoa.org.cy). Σε περίπτωση παραπόνου μπορείτε να αποταθείτε στον ΥΠΔ του ΚΟΑ ή, αν δεν ικανοποιηθείτε, στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ([www.dataprotection.org.cy](http://www.dataprotection.org.cy)).

Ο/Η ασκών τη γονική μέριμνα του ανήλικου .....,

ΑΔΤ .....,

Διεύθυνση – Τηλέφωνο

.....

Υπογραφή.....

**Όπου η γονική μέριμνα ανήλικού έχει ανατεθεί κατ' αποκλειστικότητα στον ένα από τους δύο γονείς κατόπιν Διατάγματος Δικαστηρίου να επισυνάψετε το σχετικό Διάταγμα Δικαστηρίου**