**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α**

ΑΙΤΗΣΗ

για χορήγηση υποτροφίας στο πλαίσιο της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος με κωδικό Κωδ. Πρόσκλησης GD.410.ARCHI\_Nurse\_Pharm\_1124

**Προσωπικά Στοιχεία:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Όνομα:** |  |
| **Επίθετο:** |  |
| **Πατρώνυμο:** |  |
| **Διεύθυνση Κατοικίας:** |  |
| **Αριθ. Τηλεφώνων Επικοινωνίας (σταθ., κιν.):** |  |
| **Email:** |  |

**ΗΜ/ΝΙΑ: …/…./202.**

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ:**

*(διαγράψτε ό,τι* **ΔΕΝ** *υποβάλετε)*

1. Πτυχίο
2. Πτυχίο Αγγλικής γλώσσας
3. Επαγγελματική εμπειρία
4. Δημοσιεύσεις
5. Συστατική

**Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων**

Το Ε.Κ «Αθηνά», ως υπεύθυνος επεξεργασίας, συλλέγει τα προσωπικά δεδομένα που υποβάλλονται, στο πλαίσιο της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος που έχει δημοσιευθεί στην ιστοσελίδα του Κέντρου και η επεξεργασία γίνεται μόνο με σκοπό την επιλογή του κατάλληλου υποψηφίου.

Η αρμόδια επιτροπή αξιολόγησης και το απαραίτητο για το σκοπό αυτό διοικητικό προσωπικό του Ε.Κ. «Αθηνά» είναι τα μόνα πρόσωπα που επεξεργάζονται τα δεδομένα αυτά για τον ανωτέρω σκοπό.

Διατηρούνται για όσο χρόνο απαιτείται για την ολοκλήρωση της διαδικασίας επιλογής και σύναψης σύμβασης και στη συνέχεια διαγράφονται εκτός αν άλλως ορίζεται από το κείμενο νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο ή καθόσον απαιτείται για την προάσπιση δικαιωμάτων του Ε.Κ «Αθηνά» ενώπιον Δικαστηρίου ή και άλλης αρμόδιας Αρχής.

Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση σχετικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων που αφορά την παρούσα πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται: dpo@athena-innovation.gr

Παρακαλώ να εξετάσετε την αίτησή μου, σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στην Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος με κωδικό Κωδ. Πρόσκλησης: GD.410.ARCHI\_Nurse\_Pharm\_1124, την οποία ανακοίνωσε ο φορέας σας.

Επισυνάπτω γι’ αυτόν τον σκοπό τα απαραίτητα δικαιολογητικά που φαίνονται στον κατάλογο συνημμένων.

Συγκατάθεση για περαιτέρω επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ο/Η προτείνων/ουσα

Υπογραφή

και ονοματεπώνυμο