

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ
ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ Β΄**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Α.Γ.Μ.:

ΒΑΘΜΟΣ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:

Α.Μ.Κ.Α.:

Α.Δ.Τ.:

Α.Φ.Μ.:

Δ.Ο.Υ.:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ:

ΑΡΙΘ:, Τ.Κ.:

ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ:

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

EMAIL:

IBAN ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: GR.....

.....

ΤΡΑΠΕΖΑ:

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Ιατρική βεβαίωση παιδίατρου, με την οποία βεβαιώνεται ότι το ανήλικο τέκνο μου (ονοματεπώνυμο & ΑΜΚΑ) χρήζει ανοσοποίησης.
- Απόδειξη αγοράς φαρμάκου με επικολλημένο το κουπόνι που βρίσκεται στη συσκευασία του φαρμάκου.
- Ασφαλιστική ικανότητα από την οποία προκύπτει ότι το τέκνο είναι έμμεσα ασφαλισμένο μέλος, από τον ιστότοπο: <https://www.idika.org.gr>
- Φωτοαντίγραφο/εκτύπωση IBAN τραπεζικού λογαριασμού ελληνικής τράπεζας με δικαιούχο τον/την αιτούντα/αιτούσα.

ΠΡΟΣ

**ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.
ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΠΟΛΕΩΝ
Βερανζέρου 48, Αθήνα, Τ.Κ.: 104-38**

Παρακαλώ όπως μου χορηγηθεί ειδική οικονομική παροχή, όπως προβλέπεται από το από το εδάφιο γ΄ του άρθρου 5, της από 23/02/2022 Υπουργικής Απόφασης (Φ.Ε.Κ. Β΄ 1651/07-04-2022), για τον εμβολιασμό κατά της μηνιγγίτιδας Β΄ του ανήλικου τέκνου μου, με ονοματεπώνυμο:

.....
και Α.Μ.Κ.Α. (έμμεσου μέλους).....

Το αίτημα για τη χορήγηση της παροχής αφορά την
(Α, Β ή Γ) Εμβολιαστική Δόση (**έως δύο δόσεις για κάθε τέκνο**)

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο/Η υπογράφων/ούσα δηλώνω ότι: Ενημερώθηκα από το ΤΑ.Π.Α.Σ.Α., **συναινώ και παρέχω** την ρητή ελεύθερη, συγκεκριμένη και εν πλήρη επίγνωση συγκατάθεσή μου, για την συλλογή, τήρηση (σε ηλεκτρονικό ή μη αρχείο) και επεξεργασία προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων που με αφορούν, τα οποία έχουν συλλεγεί και βρίσκονται στην κατοχή του ή θα συλλεγούν και θα προκύψουν στη συνέχεια, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων [GDPR ΕΕ2016/679] και τον Ν.4624/2019 η οποία εφαρμόζεται από το Ταμείο και θεωρείται απαραίτητη για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών του. Για τις ανωτέρω συγκαταθέσεις, πέραν των περιπτώσεων για τις οποίες η συλλογή, τήρηση και επεξεργασία είναι κατά νόμο υποχρεωτική, έχω ενημερωθεί ότι δύναται να υπάρξει ανάκληση οποιαδήποτε στιγμή επιθυμώ, με σχετική δήλωση μου στον Φορέα, εφόσον δεν επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών που εμπίπτουν στο αντικείμενο δραστηριότητας του Ταμείου. Επίσης παρέχω την συγκατάθεση να μου αποστέλλεται οποιοδήποτε πληροφορία ή έγγραφο σχετικά με το αίτημά μου με sms ή email, στα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει στην αίτηση μου.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Για οποιαδήποτε περαιτέρω σχετική πληροφορία περί προσωπικών δεδομένων μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.tapasa.gr ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού στο email: dpo@tapasa.gr

.....
(τόπος) (ημερομηνία)

..... ΑΙΤ.....