**ΔΥ70**

ΑΙΤΗΣΗ

# ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΠΡΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

# ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

|  |
| --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ **ΕΠΩΝΥΜΟ ……………...……………….….… ΟΝΟΜΑ:..........................................................................**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :......................……………... ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ………………………………….**  **ΟΔΟΣ: ............................................................... ΑΡΙΘΜΟΣ:…………. ΠΟΛΗ: ……..................................**  **Τ. Κ.: ...........................ΤΗΛ: .....................................ΚΙΝΗΤΟ :………..……………………………..........**  **E-MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ……………………..…………ΗΜΕΡ. ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ……./……../……**  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**  **ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ………………………….…….ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ………../………/………** |

Παρακαλώ για την τοποθέτησή μου στο νοσοκομείο ……ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ………… στην ειδικότητα της ………ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ………………………………… σε θέση εμμίσθου ειδικευομένου οδοντιάτρου για έναρξη ή συνέχιση της εκπαίδευσής μου για την απόκτηση του τίτλου της ειδικότητας της ……ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Συνυποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά :  Α)………………………………………………………………  Β)………………………………………………………………  Γ)………………………………………………………………  Δ)………………………………………………………………  Ε)………………………………………………………………  ΣΤ)…………………………………………………………….. | Ημερομηνία………………  Ο/Η ΑΙΤ……………………..  ………………………………….  (υπογραφή) |

**H παρούσα αίτηση υποβάλλεται αποκλειστικά ψηφιακά μέσω του site της Περιφέρειας Αττικής και ειδικότερα μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας «Οδηγός του Πολίτη» στη διαδρομή** [**www.pattikis.gr/citizen**](http://www.pattikis.gr/citizen) **και κάνοντας αναζήτηση με τον κωδικό ΔΥ70**

H Δ/νση Δημ. Υγείας. Κ.Τ. Αθηνών της Περιφέρειας Αττικής ενημερώνει σύμφωνα με το άρθρο 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων ότι υπεύθυνος επεξεργασίας για τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση είναι ο ΟΤΑ β' βαθμού Περιφέρεια Αττικής. Η Περιφέρεια Αττικής συλλέγει τα ανωτέρω δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και τα επεξεργάζεται αποκλειστικά και μόνο για την εκτέλεση των κατά νόμο αρμοδιοτήτων της. Πρόσβαση στα δεδομένα αυτά μπορεί να αποκτήσει κάθε πολίτης υπό τους όρους του άρθρο 5 Ν.2690/1999 σε συνδυασμό με τον Κανονισμό Πληροφόρησης Πολιτών της Περιφέρειας Αττικής. Τα δεδομένα αποθηκεύονται για το χρονικό διάστημα που είναι αναγκαίο για την επεξεργασία του αιτήματος του πολίτη και στην συνέχεια για σκοπούς αρχειοθέτησης, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Κάθε υποκείμενο δεδομένων έχει δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα που το αφορούν. Έχει επίσης το δικαίωμα να ζητήσει την διόρθωσή τους, τον περιορισμό της επεξεργασίας τους καθώς και την λήψη αντιγράφων σε κοινώς αναγνώσιμο μορφότυπο (δικαίωμα στην φορητότητα των δεδομένων), σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων. Κάθε θιγόμενος έχει δικαίωμα προσφυγής στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.