

## ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΠΕΡΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Αποστολή», που εδρεύει στο Ν. Κόσμο, Ήρας 8 & Δέσπως Σέχου 37, ΑΦΜ 997889618, Δ.Ο.Υ. ΚΕΦΟΔΕ ΑΤΤΙΚΗΣ, ως Υπεύθυνη Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων, παρέχει δια του παρόντος την ακόλουθη ενημέρωση και ζητεί την εκ των προτέρων συναίνεσή σας (συγκατάθεση) για την προσκόμιση της ειδικής κατηγορίας δεδομένων (Ιατρική Γνωμάτευση περί εγκυμοσύνης με ειδική αναφορά στην περίπτωση πολύδυμης κύησης αν συντρέχει), προκειμένου να αξιολογηθεί η ένταξη σας στο Πρόγραμμα, εφόσον συντρέχουν τα λοιπά κριτήρια (εισοδηματικά-κοινωνικά κ.τ.λ.)

**Σκοπός επεξεργασίας** είναι η ένταξη στο Πρόγραμμα, εφόσον συντρέχουν τα λοιπά κριτήρια (εισοδηματικά-κοινωνικά κ.τ.λ.). **Νομική βάση επεξεργασίας** είναι η συγκατάθεσή σας.

### **Αποδέκτες δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.**

Το υπαλληλικό προσωπικό και συνεργάτες της «Αποστολής», τα Φιλόπτωχα Ταμεία των Ιερών Μητροπόλεων Αλεξανδρουπόλεως, Τραιανουπόλεως και Σαμοθράκης και της Ιεράς Μητρόπολης Διδυμοτείχου, Ορεστιάδος και Σουφλίου, και οι Δήμοι των εξής νήσων: Καστελόριζο ή Μεγίστη, Τήλος, Ψέριμος, Νίσυρος, Χάλκη, Αρκοί, Λειψοί, συστάδα νησιών και βραχονησίδων Φούρνοι, Άη Στράτης, Ψαρά, Σαμοθράκη, Κάσος, Αστυπάλαια, Σύμη, Αγαθονήσι, Κάρπαθος, Σαρία.

**Διατήρηση Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα:** Η Εταιρεία θα διατηρεί και θα επεξεργάζεται τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εξυπηρέτηση των προαναφερθέντων σκοπών επεξεργασίας, για τη συμμόρφωσή της με τις νομικές της υποχρεώσεις, για την υπεράσπιση της έναντι τυχόν νομικών αξιώσεων, σύμφωνα με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο.

**Άσκηση Δικαιώματος Ανάκλησης:** χωρίς να θίγεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε σε αυτήν μέχρι και την ανάκλησή της:

Για την άσκηση του δικαιώματος ανάκλησης και για οποιαδήποτε διευκρίνιση αναφορικά με τα δεδομένα σας προσωπικού χαρακτήρα, πραγματοποιείται χωρίς κόστος για εσάς:

- με αποστολή επιστολής στη διεύθυνση [dpo@mkoapostoli.gr](mailto:dpo@mkoapostoli.gr).

- αυτοπροσώπως ή με σχετική επιστολή προς την Εταιρεία (Αθήνα-Ν. Κόσμος, Ήρας 8 & Δέσπως Σέχου 37), υπόψη του Υπεύθυνου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων ("Data Protection Officer")

Κάθε αίτημα που υποβάλλεται θα πρέπει να συνοδεύεται από τα κατάλληλα αποδεικτικά στοιχεία ταυτοποίησης. Η Εταιρεία μπορεί να ζητήσει την παροχή πρόσθετων πληροφοριών αναγκαίων για την επιβεβαίωση της ταυτότητάς σας/νομιμοποίησης σας

Εάν τα αιτήματά σας είναι προδήλως αβάσιμα ή υπερβολικά, ιδίως λόγω του επαναλαμβανόμενου χαρακτήρα τους, τότε έχουμε την δυνατότητα είτε: α) να επιβάλουμε την καταβολή εύλογου τέλους, λαμβάνοντας υπόψη τα διοικητικά έξοδα για την παροχή της ενημέρωσης ή β) να αρνηθούμε να δώσουμε συνέχεια στο αίτημα.

Θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός μηνός από τη λήψη του σχετικού αιτήματος, αφού σας ενημερώσουμε είτε για την ικανοποίησή του, είτε για τους αντικειμενικούς λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίησή του. Η ως άνω προθεσμία μπορεί να παραταθεί κατά δύο ακόμη μήνες, εφόσον απαιτείται, λαμβανομένων υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματος και του αριθμού των αιτημάτων,

ύστερα από σχετική ενημέρωση σας. Τα ως άνω δικαιώματα σας περιορίζονται για τους λόγους που προβλέπονται από την ισχύουσα νομοθεσία. Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι προσβάλλονται τα δικαιώματά σας που αφορούν στην προστασία των προσωπικών σας δεδομένων διατηρείτε το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ([https://www.dpa.gr/el/polites/katagelia\\_stin\\_arxi](https://www.dpa.gr/el/polites/katagelia_stin_arxi))

Για περισσότερες πληροφορίες για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, σας παραπέμπουμε στην Ενημέρωση που έχει αναρτηθεί στο site [www.mkoapostoli.gr](http://www.mkoapostoli.gr), η οποία επικαιροποιημένη θα βρίσκεται στην ανωτέρω ηλεκτρονική διεύθυνση.

Κατόπιν της ενημέρωσης που έλαβα, εν πλήρη επιγνώσει:

## 1. ΑΙΤΟΥΣΑ

**Για την Ιατρική Γνωμάτευση περί εγκυμοσύνης,** με ειδική αναφορά στην περίπτωση πολύδυμης κύησης αν συντρέχει.

Ναι δίνω τη συγκατάθεσή μου\_\_\_\_\_

Όχι δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου \_\_\_\_

(συμπληρώστε αναλόγως)

Τόπος, ..... , Ημερομηνία:     /     / 202.....

**Όνομα και Επώνυμο Αιτούσας:.....**

**Υπογραφή:.....**

**ΕΚΔΟΣΗ 2.1.: Νοέμβριος 2025**