

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Δια της παρούσας αίτησης δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Τα κατωτέρω δηλωθέντα στοιχεία μου είναι ακριβή και αληθή.
2. Έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων καθώς και για την πολιτική προστασίας προσωπικών δεδομένων του ΠΣΦ και για τα δικαιώματά μου.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ..... ΟΝΟΜΑ.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ..... ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ.....
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ..... ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ...../...../.....
ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ..... Α.Δ.Τ..... ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΛΗ..... Τ.Κ.....
ΣΤΑΘ.ΤΗΛΕΦΩΝΟ..... ΚΙΝΗΤΟ..... E-MAIL.....

ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ

ΟΡΓΑΝΟ ΕΚΔΟΣΗΣ ΙΣΟΤΙΜΙΑΣ ΠΤΥΧΙΟΥ (σε περίπτωση ξένου τίτλου σπουδών)

ΑΛΛΟ ΠΤΥΧΙΟ ΠΕ ή ΤΕ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

ΞΕΝΗ ΓΛΩΣΣΑ..... ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ (ξένη γλώσσα)

Π.Ε. ΕΚΔΟΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (εφόσον υπάρχει)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΓΑΣΙΑ

(π.χ. εργαστηριούχος, Νοσοκομείο, ΚΑΠΗ κλπ)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ..... ΠΟΛΗ..... Τ.Κ.....

ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο δηλών/Η δηλούσα
(ημερομηνία) (υπογραφή)

(Προστασία Προσωπικών Δεδομένων:

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που περιέχονται στα κατωτέρω έγγραφα και δικαιολογητικά θα τύχουν επεξεργασίας από τον ΠΣΦ σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία που διέπει τον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών και αποκλειστικά για τους σκοπούς ελέγχου των προϋποθέσεων εγγραφής των μελών του ΠΣΦ και τήρησης του αρχείου των μελών του Συλλόγου, σύμφωνα με τις νομικές, τεχνικές και οργανωτικές εγγυήσεις που προβλέπονται στον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ΕΕ 679/2016.

Ενημέρωση για τα δικαιώματα των υποκειμένων στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας καθώς και για την πολιτική προστασίας προσωπικών δεδομένων του ΠΣΦ παρέχεται στον ιστότοπο του ΠΣΦ <https://www.psf.org.gr/psf.php?id=25>