



ΙΔΡΥΜΑ
ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΟΥ
ΜΑΚΑΡΙΟΥ Γ΄

Πανεπιστήμιο
Νεάπολις
Πάφος

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Διά της παρούσης επιθυμώ να συμμετάσχω στο επιστημονικό Σεμινάριο:

«Στοιχεία Ελληνικής Παλαιογραφίας με ανάγνωση χειρογράφων»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΙΔΙΟΤΗΤΑ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

EMAIL:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Οι δηλώσεις συμμετοχής αφού συμπληρώθούν αποστέλλονται:

είτε ηλεκτρονικά στο Email: m.kourtellidou@amf.org.cy

είτε μέσω τηλεομοιοτυπικών συσκευών (φαξ) στο: 22 430 667

είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση:

Ίδρυμα Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ΄, Πλατεία Αρχ. Κυπριανού, Τ.Θ. 21269, 1505 Λευκωσία

Τελευταία ημερομηνία υποβολής των δηλώσεων: 23 Σεπτεμβρίου 2019



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το Ίδρυμα Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ΄ και το Πανεπιστήμιο «Νεάπολις» Πάφου (εφεξής «υπεύθυνοι επεξεργασίας»), πρόκειται να χρησιμοποιήσουν τα δεδομένα των προσώπων τα οποία έχουν δηλώσει συμμετοχή στο το Επιστημονικό Σεμινάριο «Στοιχεία Ελληνικής Παλαιογραφίας με Ανάγνωση Χειρογράφων» στο πλαίσιο της προώθησης και της υλοποίησης του εν λόγω Σεμιναρίου.

Οι υπεύθυνοι επεξεργασίας θα συλλέγουν, θα φυλάσσουν και θα επεξεργάζονται σε ηλεκτρονική ή έντυπη μορφή Προσωπικά Δεδομένα, που αφορούν τους συμμετέχοντες, για το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την ομαλή πραγματοποίηση του Σεμιναρίου.

Οι συμμετέχοντες στο Σεμινάριο έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα που τους αφορούν, διόρθωσης ή διαγραφής αυτών ή περιορισμού επεξεργασίας ή δικαίωμα αντί τάξης στην επεξεργασία καθώς και δικαίωμα φορητότητας των δεδομένων.

Οι συμμετέχοντες έχουν το δικαίωμα να ανακαλέσουν τη συγκατάθεσή τους οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να θιγεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση πριν από την ανάκληση της.

Οι συμμετέχοντες έχουν δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων είναι το Ίδρυμα Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ΄
τηλέφωνο: 22 430 008, Email: m.kourtellidou@mfa.org.cy

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, με την παρούσα δήλωση, εγώ ο/η παρέχω τη συγκατάθεσή μου για τις προαναφερθείσες επεξεργασίες δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν.

Υπογραφή: Ημερομηνία: