



**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ**

**Αίτηση Ασκήσεως Δικαιώματος**

Με τη χρήση του παρόντος εντύπου, κάθε φυσικό πρόσωπο δύναται να ασκήσει τα δικαιώματά του που έχουν θεσπιστεί από το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων και αφορούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα του που επεξεργάζεται η AlphaLife A.A.E.Z..

Ως υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων σας, η AlphaLife A.A.E.Z., σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο, δεσμεύεται να αξιολογήσει το αίτημά σας και να προχωρήσει στην ικανοποίησή του, εφόσον αυτό είναι δυνατό, εντός του προβλεπόμενου χρονικού πλαισίου. Σε κάθε περίπτωση, θα ενημερώνεστε άμεσα για οποιαδήποτε εξέλιξη στην πορεία του αιτήματός σας.

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε προσεκτικά όλα τα παρακάτω πεδία έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η βέλτιστη διαχείριση του αιτήματός σας:

**1. Προσωπικά στοιχεία φυσικού προσώπου που ασκεί το δικαίωμα:**

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

**Ασκούμενο δικαίωμα**

**2. Είδος δικαιώματος που θέλετε να ασκήσετε (Μπορείτε να επιλέξετε μόνο ένα από τα παρακάτω):**

- Πρόσβαση στα προσωπικά μου δεδομένα
- Διαγραφή των προσωπικών μου δεδομένων
- Περιορισμός της επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων
- Φορητότητα των προσωπικών μου δεδομένων
- Διόρθωση ανακριβών / συμπλήρωση ελλιπών προσωπικών μου δεδομένων
- Εναντίωση στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων

Παρακαλούμε όπως καταγράψετε αναλυτικά το αίτημά σας στο παρακάτω πεδίο.

**3. Επιλογή του μέσου επικοινωνίας με το οποίο επιθυμείτε να επικοινωνούμε μαζί σας για την εξέλιξη του αιτήματός σας:**

- E-mail
- Τηλεφωνική επικοινωνία
- Φυσική αλληλογραφία
- SMS

Υπογραφή

Ημερομηνία

.....  
.....