

Αριθμ. Μητρ. Ε.Τ.Α.Ο.

## ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

## ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

Επώνυμο (ως αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας)	Όνομα	Φύλλο	
_____	_____	_____	A=Άρρεν, Θ=Θήλυ
Όνομα πατρός	Ημερ. Γέννησης (ηη/μμ/εεεε)	A.Δ.Τ.	A.M.K.A.
_____	_____	_____	_____
Δ.Ο.Υ. υποβολής δήλωσης	Κωδ. Δ.Ο.Υ.	A.Φ.Μ.	
_____	_____	_____	
Υπηκοότητα			
_____			
Συνταξιούχος: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		

## Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Οδός & Αριθμός	T.K.	Πόλη & Νομός
_____	_____	_____

## Τηλέφωνα επικοινωνίας + Email

Κινητό	Οικίας	Άλλο	Ηλ. Διεύθυνση (e-mail)
_____	_____	_____	_____

## Με ατομική μου ευθύνη, δηλώνω ότι:

Επιθυμώ να διαγραφώ από το Ταμείο εφόσον.....  
 .....  
 .....  
 .....

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι έλαβα γνώση των καταστατικών διατάξεων του ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΩΝ (Ε.Τ.Α.Ο.) (Υ.Ο.Δ.Δ./Φ51020/20163/292/26.08.2004/ΦΕΚ Β' 1307), καθώς και τυχόν τροποποιήσεις έχουν υπάρξει, τις οποίες αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

Με την παρούσα αίτηση αιτούμαι τη λήψη διαγραφή μου από το Ε.Τ.Α.Ο.

Σε περίπτωση μεταβολής των παραπάνω στοιχείων θα προβώ σε άμεση έγγραφη ενημέρωση του Ταμείου με ευθύνη μου.

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**  
**ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) &**  
**ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)**

Με την παρούσα αίτηση δηλώνω ότι:

- Ενημερώθηκα πλήρως για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων (δηλ. συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία, διαβίβαση και οποιαδήποτε περαιτέρω χρήση αυτών), μέσω της αίτησης εγγραφής μου που έχω ήδη υποβάλλει από την έναρξη της ασφάλισής μου, από την οποία έλαβα γνώση και αποδέχομαι ρητά και κατηγορηματικά την πολιτική Απορρήτου, τις διατάξεις του Κανονισμού του Ταμείου και τους όρους επεξεργασίας όπως αυτοί διατυπώνονται, και μέσω του ενημερωτικού εντύπου στην ιστοσελίδα του Ταμείου.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων.
- Συναινώ στην τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω προσωπικά δεδομένα μου σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή για χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από τη λήξη της ασφαλιστικής σχέσης μου με το Ταμείο.
- Παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Γενικού Κανονισμού Ε.Ε 2016/679) για την επεξεργασία των ΔΠΧ και τυχόν ΕΚΔΠΧ, που αφορούν εμένα και προκύπτουν από την παρούσα αίτηση ή και συμπληρωματικών δεδομένων που δύναται να λάβει το Ταμείο μελλοντικά και είναι απαραίτητα για την ολοκλήρωση της διαδικασίας διαγραφής μου από το ΕΤΑΟ, καθώς και κάθε νομικό ή φυσικό πρόσωπο που δυνάμει σύμβασης με το Ταμείο έχει αναλάβει τη διαχείριση της ως άνω λειτουργίας του Ταμείου.

Επιπρόσθετα, δηλώνω ότι έλαβα γνώση πως για επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη συλλογή, νομιμοποιητική χρήση, το σκοπό, τη φύση της επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων, το χρόνο διατήρησης, τους αποδέκτες και την πολιτική προστασίας αυτών καθώς και για τα δικαιώματά μου δύναμαι να ανατρέξω στο Ενημερωτικό Έντυπο, προσανατολισμένο στις επιταγές του Γενικού Κανονισμού της Ε.Ε. 2016/679, που βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Ταμείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.etao.gr/.....>

Υπογραφή μέλους

---

(τόπος και ημερομηνία συμπλήρωσης / υπογραφής / αποστολής)