ΔΗΜΟΣ ΤΑΝΑΓΡΑΣ
ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
Προγράμματα «Άθληση για Όλους» 2026–2027

Αρ. πρωτοκόλλου: ..... Ημερομηνία: ..... / ..... / 2026

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ / ΑΙΤΟΥΣΑΣ

Επώνυμο:	Όνομα: .....
Όνομα πατέρα:	Όνομα μητέρας: .....
Ημερομηνία γέννησης: ..... / ..... /	Τηλέφωνο: .....
Διεύθυνση κατοικίας:	
Οικισμός / Δημοτική Ενότητα:	Email: .....

2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ (σημειώστε με Χ)

☐ Πετοσφαίριση (Βόλεϊ) για παιδιά — ηλικίες 6–12 ετών	Μηνιαίο κόστος: 15 €
☐ Pilates — ενήλικες άνω των 19 ετών	Μηνιαίο κόστος: 15 €
☐ Yoga — ενήλικες άνω των 19 ετών	Μηνιαίο κόστος: 15 €
☐ Βελτίωση Κιναίσθησης — Τρίτη Ηλικία, 65 ετών και άνω	Μηνιαίο κόστος: 10 €

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ (συμπληρώνεται για ανήλικο)

Ονοματεπώνυμο:	Σχέση με το παιδί: .....
Τηλέφωνο επικοινωνίας:	

4. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ

☐ Ιατρική βεβαίωση ικανότητας άθλησης.

5. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησης είναι αληθή και ακριβή, ότι έλαβα γνώση των όρων συμμετοχής στο επιλεγμένο πρόγραμμα και ότι θα προσκομίσω το απαιτούμενο δικαιολογητικό και θα καταβάλω το προβλεπόμενο μηνιαίο κόστος συμμετοχής. Για ανήλικο συμμετέχοντα, ο/η υπογράφων/-ουσα γονέας ή κηδεμόνας συναινεί στη συμμετοχή του παιδιού στο επιλεγμένο πρόγραμμα.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/-ΟΥΣΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Ονοματεπώνυμο: ..... Ημερομηνία: ..... / ..... / 2026	.....

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ Παραλαβή αίτησης: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Παραλαβή ιατρικής βεβαίωσης: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Έλεγχος δικαιολογητικών: ☐ ΠΛΗΡΗΣ ☐ ΕΚΚΡΕΜΕΙ
Παρατηρήσεις: .....

Υποβολή: Αυτοτελές Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας & Πολιτισμού, Ιοκάστης 17, Σχηματάρι (Παλαιό Δημαρχείο)
Δευτέρα–Παρασκευή, 08:00–14:00 · Τηλ. 2262057319 / 56816

6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο Δήμος Τανάγρας (Υπεύθυνος Επεξεργασίας) συλλέγει και χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα που δηλώνονται στην αίτηση αποκλειστικά για την εξέταση των αιτήσεων, την υλοποίηση των ΠΑγΟ, την επικοινωνία με εσάς και τη διαχείριση των σχετικών διοικητικών υποχρεώσεων.

Νομική βάση για την επεξεργασία απλών δεδομένων αποτελεί το άρθρο 6 παρ. 1 στοιχ. ε΄ ΓΚΠΔ, σε συνδυασμό με το άρθρο 39 του ν. 2725/1999 και το ισχύον Οργανωτικό Πλαίσιο (ΥΑ ΥΠΠΟΑ/ΓΔΟΑ/ΔΑΟΠΑΑ ΕΥΔΣ/69097/2670/170), ενώ η επεξεργασία των αναγκαίων δεδομένων υγείας στην ιατρική βεβαίωση καταλληλότητας άθλησης βασίζεται στο άρθρο 9 παρ. 2 στοιχ. ζ΄ ΓΚΠΔ και στο άρθρο 22 παρ. 2 στοιχ. α΄ του ν. 4624/2019.

Τα δεδομένα σας τηρούνται στην Υπηρεσία μας και η πρόσβαση σε αυτά περιορίζεται στους αρμόδιους υπαλλήλους, για όσο διάστημα απαιτείται για την οργάνωση και υλοποίηση των προγραμμάτων και την εκπλήρωση των νόμιμων υποχρεώσεων του Δήμου.

Μπορείτε να ασκήσετε, υπό τις προϋποθέσεις του ΓΚΠΔ, τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού και εναντίωσης, απευθυνόμενοι στον Δήμο ή στον DPO του Δήμου (dpo@prostasiadedomenon.gr).

Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι πραγματοποιήθηκε μη σύννομη επεξεργασία των δεδομένων σας, έχετε επίσης δικαίωμα καταγγελίας στην ΑΠΔΠΧ.

ΔΗΜΟΣ ΤΑΝΑΓΡΑΣ
Αυτοτελές Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας & Πολιτισμού

ΔΗΜΟΣ ΤΑΝΑΓΡΑΣ

ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΘΛΗΣΗΣ

Προγράμματα «Άθληση για Όλους» 2026–2027

Το παρόν έντυπο προορίζεται για συμπλήρωση από ιατρό. Η ιατρική κρίση για την καταλληλότητα συμμετοχής και τυχόν περιορισμούς ανήκει αποκλειστικά στον/στην ιατρό.

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ / ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΗΣ

Επώνυμο: .....

Όνομα: .....

Ημερομηνία γέννησης: ..... / ..... / .....

Πρόγραμμα για το οποίο ζητείται βεβαίωση:

☐ Βόλεϊ ☐ Pilates ☐ Yoga ☐ Βελτίωση Κιναίσθησης Τρίτης Ηλικίας

2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Μετά από εξέταση του/της ανωτέρω, γνωματεύω ως προς τη συμμετοχή του/της σε οργανωμένη σωματική άσκηση:

☐ Είναι ικανός/-ή να συμμετέχει στο παραπάνω πρόγραμμα.

☐ Είναι ικανός/-ή με τους ακόλουθους περιορισμούς / συστάσεις:

.....

.....

☐ Δεν συνιστάται η συμμετοχή στο παραπάνω πρόγραμμα.

Ημερομηνία εξέτασης: ..... / ..... / .....

Ονοματεπώνυμο ιατρού: .....

Ειδικότητα: ..... Αρ. μητρώου: .....

Υπογραφή και σφραγίδα ιατρού

.....