

Μη Κερδοσκοπικό Σωματείο
«Γιατροί του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία»
Αχ. Διεύθυνση: Σαπφούς 12, Αθήνα, 105 53
Τηλ: 210.32.13.150 / Fax 210-32.13.850
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: www.mdmgreece.gr

Αθήνα, 09/01/2021
Αρ. Πρωτ.: 383

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΥΠΝΩΤΗΡΙΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΑΘΗΝΑΙΩΝ**

Συνοπτική περιγραφή της δράσης και των υπηρεσιών που παρέχονται

Το μη κερδοσκοπικό Σωματείο «Γιατροί του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία» στο πλαίσιο του Υποέργου (1) «Υπνωτήριο» της Πράξης «Υφιστάμενη Δομή Αστεγών Δήμου Αθηναίων: Υπνωτήριο» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5002818, στο Περιφερειακό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα (ΠΕΠ) Αττικής 2014 – 2020, στον Άξονα Προτεραιότητας 09, ο οποίος χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), προβαίνει στην πρόσληψη, με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου, του ακόλουθου προσωπικού.

Στόχος του έργου είναι η ενδυνάμωση και κοινωνική ενσωμάτωση των ευπαθών κοινωνικά και ειδικότερα των αστέγων και των ατόμων ευρισκομένων σε κατάσταση φτώχειας στο Δήμο Αθηναίων, μέσα από ενέργειες παροχής στέγασης, ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και πληροφόρησης, οι οποίες θα παρέχονται από τη Δομή του Υπνωτηρίου Αστεγών προς τους ωφελούμενους. Υπ' αυτό το πρίσμα, η πράξη αποσκοπεί στην ανακούφιση και σταδιακή αντιμετώπιση των επιπτώσεων του φαινομένου της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού που υφίσταται μεγάλο μέρος του πληθυσμού που πλήττεται από την κοινωνικοοικονομική κρίση.

Η δομή περιλαμβάνει τη συνέχιση λειτουργίας του Υπνωτηρίου Αστεγών από τους Γιατρούς του Κόσμου στο Δήμο Αθηναίων. Υλοποιείται ως συνέχιση κοινωνικής δομής με απασχολούμενο ήδη έμπειρο προσωπικό και με τη πρόβλεψη επιπλέον ενίσχυσης σε προσωπικό βάση πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος που πρόκειται να δημοσιοποιηθεί. Τα παραδοτέα του έργου περιλαμβάνουν προσφορά ασφαλούς στέγασης άστεγου πληθυσμού, σε δομή δυναμικότητα 55 κλινών διαχωρισμένων σε ανδρικούς και γυναικείους κοιτώνες, με παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας στους ωφελούμενους.

Οι ειδικότερες προδιαγραφές λειτουργίας των δομών καθορίζονται στο σχετικό έγγραφο «ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ», της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος της Περιφέρειας Αττικής.

Χρονικό διάστημα απασχόλησης

Ο επιλεχθής θα απασχοληθεί στη Δομή του Υπνωτηρίου Αστεγών των Γιατρών του Κόσμου από την ημερομηνία πρόσληψής του έως τη λήξη του έργου με σύμβαση ορισμένου χρόνου. Η πρόσληψη δύναται να ματαιωθεί ή να αναβληθεί ως τη περίοδο κάλυψης της θέσης.

Απαιτούμενες δεξιότητες/τυπικά προσόντα ειδικότητας & δικαιολογητικά που θα πρέπει να συνοδεύουν την αίτηση συμμετοχής

A. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Για την στελέχωση του Υπνωτηρίου Αστέγων, καλούνται οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι να υποβάλλουν αίτηση για την ειδικότητα Νοσηλεύτη/τριας:

ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ / ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ
ΓτΚ Ν1	ΠΕ/ΤΕ/ΔΕ Νοσηλεύτης (εργασία σε πρωινές και απογευματινές βάρδιες 5 ημέρες την εβδομάδα)	1

ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ	ΠΡΟΣΟΝΤΑ	ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
ΓτΚ Ν1	<ul style="list-style-type: none"> Πτυχίο Νοσηλευτικής ΑΕΙ / ΤΕΙ της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της αλλοδαπής Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη Εγγεγραμμένος στο Μητρώο ΟΑΕΔ σε περίπτωση ανέργου Ειδική εμπειρία σε συγχρηματοδοτούμενα έργα ή δράσεις συναφή με ευάλωτες ομάδες και κοινωνική ένταξη 	<ol style="list-style-type: none"> Αίτηση Υποψηφιότητας Πτυχίο / Τίτλο Σπουδών Άδεια άσκησης επαγγέλματος Πιστοποιητικό Γέννησης Κάρτα Ανεργίας του ΟΑΕΔ σε ισχύ ή βεβαίωση ανεργίας Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας Βεβαίωση ειδικής εμπειρίας ή άλλο συναφές δικαιολογητικό βεβαίωσης εργασίας με ευάλωτες ομάδες και κοινωνική ένταξη Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης Πιστοποιητικό ΚΕΠΑ (ανά περίπτωση)

Κριτήρια επιλογής και τη μοριοδότηση κάθε κριτηρίου

- Στρατιωτικές Υποχρεώσεις Εκπληρωμένες για τους άνδρες, το οποίο αποδεικνύεται με Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου Α (πλήρες). Το Πιστοποιητικό Τύπου Α αφορά όσους έχουν υπηρετήσει ή έχουν απαλλαγεί νόμιμα από την υποχρέωση. Έκδοση μέσω ΚΕΠ.
- Ελληνική ιθαγένεια ή ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής ένωσης. Εφόσον ο υποψήφιος έχει ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να γνωρίζει την ελληνική γλώσσα.

B. ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ															
1. ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ (100 μονάδες για 4 μήνες ανεργίας και 25 μονάδες ανά μήνα ανεργίας άνω των 4 μηνών, με ανώτατο όριο τους 12 μήνες)															
μήνες	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
μονάδες	0	0	0	100	125	150	175	200	225	250	275	300			
2. ΑΝΗΛΙΚΑ ή ΕΝΗΛΙΚΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΝΟΜΟ ΤΕΚΝΑ (20 μονάδες για κάθε τέκνο)															
αριθμός τέκνων		1	2	3	4	5							
μονάδες		20	40	60	80	100							
3. ΑΓΑΜΟΣ, ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ ή ΕΝ ΧΗΡΕΙΑ ΓΟΝΕΑΣ (25 μονάδες)															
4. ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΑΠΟ 50% ΚΑΙ ΑΝΩ (80 μονάδες)															
5. ΕΜΠΕΙΡΙΑ (15 μονάδες ανά μήνα εμπειρίας και έως 40 μήνες)															
μήνες εμπειρίας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	...	37	38	39	40 και άνω
μονάδες	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	...	555	570	585	600

Σημείωση:

[1] Ως προστατευόμενα τέκνα νοούνται:
1. Άγαμα τέκνα, εφόσον:
α) είναι ανήλικα έως 18 ετών ή
β) είναι ενήλικα έως 25 ετών και φοιτούν σε σχολές ή σχολεία ή ινστιτούτα επαγγελματικής εκπαίδευσης ή κατάρτισης της ημεδαπής ή αλλοδαπής ή
γ) είναι ενήλικα έως 25 ετών και είναι εγγεγραμμένα στα μητρώα ανέργων του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) ή υπηρετούν τη στρατιωτική θητεία τους, Τα τέκνα των περιπτώσεων β και γ δεν θεωρούνται προστατευόμενα εφόσον το ετήσιο προσωπικό τους εισόδημα υπερβαίνει τις 3.000 €
2. Τέκνα, άγαμα, διαζευγμένα ή σε χηρεία, ανεξαρτήτως ηλικίας με ποσοστό νοητικής ή σωματικής αναπηρίας τουλάχιστον 67%, εφόσον το προσωπικό τους ετήσιο εισόδημα δεν υπερβαίνει τις 6.000 €
3. Τα πάσης φύσεως επίδομα που χορηγούνται βάση αναπηρίας (προνοιακά, απολύτου αναπηρίας, ανικανότητας, εξω-ιδρυματικό επίδομα, επίδομα κίνησης, διατροφικό επίδομα), δεν συυπολογίζονται στο ετήσιο εισόδημα.

Γ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Για κάθε ένα από τα κάτωθι κριτήρια υπάρχει αντίστοιχη μοριοδότηση ώστε να προκύψει η **Συνολική Βαθμολογία (ΣΒ)** του κάθε ενδιαφερόμενου. Σε περίπτωση **ισοβαθμίας** υποψηφίων στη (ΣΒ) θα λαμβάνεται υπόψη ο Βαθμός Συνέντευξης του υποψηφίου.

Δ. ΥΠΟΒΟΛΗ ΦΑΚΕΛΟΥ ΑΙΤΗΣΗΣ

Για την υποβολή του Φακέλου Αίτησης και Δικαιολογητικών, οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να τον αποστείλουν ή να τον φέρουν, κατά τις εργάσιμες ώρες από 10:00 έως 16:00 στα γραφεία των Γιατρών του Κόσμου: **Σαπφούς 12, Τ.Κ. 105 53 - Αθήνα, 5^{ος} όροφος, κατάθεση στο πρωτόκολλο.** Υπόδειγμα της αίτησης αποτελεί παράρτημα της παρούσης.

Μαζί με την αίτηση υποβάλλονται συνημμένα σε σφραγισμένο φάκελο:

1. **Αντίγραφα των δικαιολογητικών των κριτηρίων επιλογής** που αναγράφονται στον πίνακα της Πρόσκλησης.
2. **Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα** (για την απόδειξη των ανωτέρω απαραίτητων και επιθυμητών προσόντων και σημειώνοντας επιπρόσθετα την ύπαρξη συστατικών επιστολών, εάν υπάρχουν). Ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να είναι σε θέση να προσκομίσει τα όσα αναγράφει στο βιογραφικό σημείωμα όταν ζητηθεί από την Επιτροπή Αξιολόγησης και εφόσον επιλεγεί.

Ο υποψήφιος σημειώνει απ' έξω από τον φάκελο τα στοιχεία αλληλογραφίας και τη θέση εργασίας. Η αίτηση θα υποβάλλεται σε φάκελο και θα συνοδεύεται από τα δικαιολογητικά.

Ε. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ – ΕΝΣΤΑΣΕΙΣ

Πίνακας κατάταξης των υποψηφίων κατά σειρά μοριοδότησης θα αναρτηθεί τόσο στην έδρα του φορέα όσο και στην ιστοσελίδα του <http://www.mdmgreece.gr>. Κατάθεση ενστάσεων είναι δυνατή εντός τεσσάρων (4) ημερολογιακών ημερών στην έδρα του φορέα με αιτιολογημένη επιστολή. Σε περίπτωση που η υποβληθείσα ένσταση γίνει δεκτή, η Επιτροπή Επιλογής και Αξιολόγησης θα επανεξετάσει τα δικαιολογητικά του υποψηφίου.

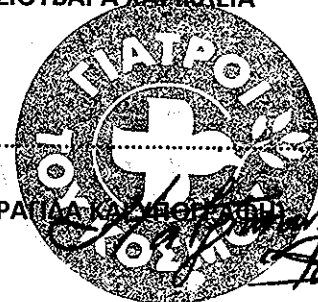
ΣΤ. ΛΗΞΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ – ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ

Η παρούσα πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος αναρτάται για **10 ημέρες τουλάχιστον**. Η διαδικασία εκδήλωσης ενδιαφέροντος λήγει την **Τρίτη 19 Ιανουαρίου 2021**. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να αποστέλλουν αιτήσεις μέχρι και την ημερομηνία λήξης της διαδικασίας εκδήλωσης ενδιαφέροντος. Η παρούσα αναρτάται σε πίνακα ανακοινώσεων, στην επίσημη ιστοσελίδα των Γιατρών του Κόσμου <http://www.mdmgreece.gr>, και αποστέλλεται για ανάρτηση στο χώρο των ανακοινώσεων του δημοτικού καταστήματος του Δήμου Αθηναίων στον οποίο θα υλοποιηθεί η δράση.

Ζ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Για διευκρινήσεις ως προς την κατάθεση των αιτήσεων οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στα γραφεία των Γιατρών του Κόσμου στο τηλέφωνο: 210 3213150, κα Γκόβαρη Αγγελική κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες.

Αθήνα, 09/01/2020
Η Πρόεδρος των Γιατρών του Κόσμου
ΤΖΙΟΥΒΑΡΑ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ


(ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Αριθ. πρωτ/λου αίτησης

[συμπληρώνεται
από το δικαιούχο φορέα]

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

για απασχόληση με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου στη δομή «**ΥΠΝΩΤΗΡΙΟ ΑΣΤΕΓΩΝ**»

Α. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΦΟΡΕΑΣ [αναγράψτε με κεφαλαία γράμματα την επωνυμία του φορέα, στον οποίο απευθύνετε την αίτησή σας]

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ [συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα, αριθμούς ή το σημείο X) τα ατομικά σας στοιχεία]

1. Επώνυμο: _____ 2. Όνομα: _____ 3. Όν. πατέρα: _____

4. Όν. μητέρας: _____ 5. Ημ/νία γέννησης: / / 6. Φύλο: Α Γ

7. Α.Δ.Τ.: _____ 8. ΑΜΚΑ: _____ 9. Τόπος κατοικίας: _____

10. Οδός: _____ 11. Αριθ.: _____ 12. Τ.Κ.: _____

13. Τηλέφωνο (με κωδικό): _____ 14. Κινητό: _____ 15. e-mail: _____

Γ. ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ [συμπληρώστε κατάλληλα (με αριθμό ή με το σημείο X) τα παρακάτω πεδία με την ελληνική αριθμηση και εφόσον αποδεικνύετε την αντίστοιχη ιδιότητα με τα απαιτούμενα από την ανακοίνωση δικαιολογητικά]

1. Κατάσταση ανεργίας [σημειώστε X εφόσον είστε άνεργος και τους μήνες ανάλογα με την κατάσταση ανεργίας σας]

α. Ανεργία β. Μήνες Ανεργίας

2. Τέκνα ανήλικα ή ενήλικα προστατευόμενα κατά το Νόμο [σημειώστε X εφόσον έχετε προστατευόμενα τέκνα και αριθμό προστατευόμενων τέκνων]

α. Προστατευόμενα τέκνα β. Αριθμός προστατευόμενων τέκνων

3. Οικογενειακή κατάσταση [σημειώστε X σε ένα μόνο από τα παρακάτω πεδία αν είστε γονέας άγαμος, διαζευγμένος ή εν χηρεία]

α. Γονέας άγαμος β. Γονέας διαζευγμένος γ. Γονέας εν χηρεία

4. Αιτών με αναπηρία [εφόσον είστε Άτομο με Αναπηρία (ΑμεΑ), σημειώστε X ανάλογα με το ποσοστό αναπηρίας σας]

α. Ποσοστό αναπηρίας – 50% β. Ποσοστό αναπηρίας από 50% και άνω

5. Εργασιακή εμπειρία [σημειώστε X εφόσον έχετε εργασιακή εμπειρία και τους μήνες ανάλογα]

α. Εργασιακή Εμπειρία β. Μήνες Εργασιακής Εμπειρίας

Δ. ΤΥΠΙΚΑ (και τυχόν πρόσθετα) ΠΡΟΣΩΝΤΑ [συμπληρώστε απαραίτητα και τυχόν πρόσθετα προσόντα βάση της Πρόσκλησης (π.χ., τίτλος σπουδών, άδεια άσκησης επαγγέλματος, εμπειρία, χειρισμός Η/Υ κ.ά.)]

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |
| 7. | 8. |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ¹

[αριθμήστε σε εμφανές σημείο καθένα από τα συνημμένα δικαιολογητικά και τα υπόλοιπα έγγραφα που επισυνάπτετε για την υποστήριξη της υποψηφιότητάς σας και καταγράψτε τα εδώ, ακολουθώντας την ίδια σειρά αρίθμησης]

- | | |
|---------|----------|
| 1. | 10. |
| 2. | 11. |
| 3. | 12. |
| 4. | 13. |
| 5. | 14. |

[συμπληρώνεται από το φορέα]

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται σε αυτή την αίτηση-δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις **κυρώσεις** που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22 του **Ν. 1599/1986**, δηλαδή: «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Επίσης εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών», **δηλώνω ότι:**

- Όλα τα **στοιχεία** της αίτησής μου είναι **ακριβή και αληθή** και **κατέχω όλα τα απαιτούμενα προσόντα** για κάθε επιδιωκόμενη θέση απασχόλησης, όπως αυτά αναφέρονται στην ανακοίνωση και αναγράφονται στην παρούσα αίτηση. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.
- Τα συνημμένα δικαιολογητικά είναι **γνήσια αντίγραφα** των πρωτοτύπων ή νομίμως επικυρωμένων αντιγράφων που εκδόθηκαν από αρμόδια διοικητική αρχή.

Ημερομηνία:

Ο/Η υποψήφιος/α....

Όνοματεπώνυμο:

[υπογραφή]

¹ **Σημείωση 1:** Τα υποβαλλόμενα με την παρούσα αίτηση στοιχεία, δεν θα χρησιμοποιηθούν για σκοπό άλλο από αυτόν για τον οποίο υποβλήθηκαν. Για την εξασφάλιση της διαφάνειας στη διαδικασία επιλογής, η μοριοδότηση των επιμέρους κριτηρίων ή/και ιδιοτήτων των δυνητικά απασχολούμενων θα δημοσιοποιηθεί στους σχετικούς πίνακες κατάταξης που θα καταρτιστούν από το δικαιούχο φορέα, τηρουμένων των διατάξεων του Ν. 2472/1997 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Ο / Η υπογραφόμενος/η, δηλώνω ότι ενημερώθηκα από το Σωματείο Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία και παρέχω τη συγκατάθεσή μου ειδικώς και ελευθέρως για την εκ μέρους του Σωματείου Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία συλλογή, τήρηση σε (ηλεκτρονικό ή μη) αρχείο και επεξεργασία, σύμφωνα με την ισχύουσα εθνική νομοθεσία και τον Γενικό Κανονισμό 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, των προσωπικών δεδομένων μου, τα οποία οικειοθελώς προσκομίζω στο πλαίσιο της παρούσας αίτησης υποψηφιότητας κάλυψης θέσης εργασίας. Τα δεδομένα αυτά δύναται να επεξεργαστεί ο Φορέας κατά την αξιολόγηση της αίτησης συμμετοχής μου.

Το Σωματείο Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία δεσμεύεται ότι θα περιορίζεται στη νόμιμη επεξεργασία μόνο των απολύτως αναγκάων για τους σκοπούς της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, όπως αυτά δηλώνονται από το υποκείμενο αυτών ή με τη συνδρομή του και ότι θα αποφεύγει την καταχώρηση ευαίσθητων δεδομένων. Το Σωματείο Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία δεσμεύεται για την τήρηση εχεμύθειας και απορρήτου των παραπάνω δεδομένων, των οποίων η επεξεργασία θα διεξάγεται αποκλειστικά και μόνο κατ' εντολή του Σωματείου Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία, από πρόσωπα που πληρούν τα εχέγγυα και τις προϋποθέσεις για να διασφαλίζουν την τήρηση του απορρήτου και τα οποία τελούν υπό τον έλεγχο του Σωματείου Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία.

Το Σωματείο Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία δεσμεύεται ότι θα λαμβάνει κάθε αναγκαίο τεχνικό ή οργανωτικό μέτρο για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη αθέμιτη επεξεργασία.

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

Ημερομηνία:

Υπογραφή: