



Επιτροπή
Προστασίας
Ατόμων με
Νοητική
Αναπηρία

Ημερομηνία

Δήλωση Συγκατάθεσης /Επικοινωνία

Διατήρηση Επικοινωνίας βάσει του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου (GDPR) σε ισχύ από 25 Μαΐου 2018

Ο υποφαινόμενος/η

.....
με διεύθυνση διαμονής

.....
Ταχ. Τομέας:.....

.....
Επαρχία:.....

.....
και αριθμό τηλεφώνου:

.....
επιθυμώ / δεν επιθυμώ, να ενημερώνομαι και να λαμβάνω πληροφορίες από την Επιτροπή Προστασίας Ατόμων με Νοητική Αναπηρία που αφορούν εμένα τον ίδιο ή άτομο/α της οικογένειάς μου με νοητική αναπηρία, με αριθμό ταυτότητας :

Υπογραφή

.....
Επεξήγηση:

Παρακαλούμε όπως κυκλώσετε ή υπογραμμίσετε την επιλογή σας και να την αποστείλετε στα γραφεία της ΕΠΑΝΑ ταχυδρομικώς, ή με Φαξ. 22429544, ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση cp-mental@cytanet.com.cy, ή με το χέρι στα κεντρικά γραφεία Λευκωσίας ή στις επαρχίες:

Λευκωσία (Κεντρικά γραφεία) τηλ.: 22871333, 22871327

Λάρνακα/Αμμόχωστος (Δήμος Αραδίππου) τηλ :99540407

Λεμεσός/ Πάφος (Δήμος Κάτω Πολεμιδιών και Δήμος Γερσοκήπου) τηλ: 99540408

E-mail: cp-mental@cytanet.com.cy www.cpmmental.com.cy

T.Θ. 23292, 1680 Λευκωσία – Κύπρος Τηλ.: 22871333, Φαξ: 22429544