**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ**

| Υπεύθυνος Επεξεργασίας: **WRAPP** | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Λεωφόρος Αλεξάνδρας 9, Αθήνα, Τ.Κ. 11473  τηλ.: +30 210 646 2361‬  email: [contact@wrapp.](mailto:contact@skills4gigs.com)ai |
| --- | --- |
|  |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:**

| Όνομα: |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: |  |

**Τι αφορά αυτή η αίτηση;**

☐ Πρόσβαση

☐ Διόρθωση

☐ Διαγραφή

☐ Περιορισμό Επεξεργασίας

☐ Φορητότητα

☐ Εναντίωση στην Επεξεργασία/Ανάκληση συγκατάθεσης

**Περιγράψτε το αίτημα σας**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

| **Επιλέξτε µε ποιο τρόπο επιθυμείτε να παραλάβετε την απάντησή σας:** |
| --- |
| 1. Εmail ………………………………….. 2. Ταχυδρομικώς στη Διεύθυνση Αλληλογραφίας   Οδός …………………………………………. Αριθμός …….. Πόλη …………………. Τ.Κ. ………………………. |

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που αναφέρονται στην Αίτηση είναι ακριβή και αληθή.

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Τόπος: ………. Ημερομηνία: …..../……../202……

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)