# 

ΑΡ. ΠΡΩΤ.[[1]](#endnote-1):

**ΜΕΤΑΦΡΑΣΤΕΣ/ΜΕΤΑΦΡΑΣΤΡΙΕΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ Ε΄ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΡΩΓΗΣ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ:

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ[[2]](#endnote-2)

ΑΔΤ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΟΔΟΣ       ΑΡΙΘΜΟΣ

ΤΚ       ΠΟΛΗ

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.        ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.

ΦΑΞ       EMAIL

1. ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Α.Φ.Μ.       Δ.Ο.Υ.

Η παρούσα αποτελεί αίτηση για το E’ Πρόγραμμα Οικονομικής Αρωγής/έκτακτης διανομής με κοινωνικά κριτήρια του ΟΣΔΕΛ (Κανονισμός Διανομής αρ.6), έτους 2023 **για μεταφραστές**. Με ατομική μου ευθύνη, γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

α) ως μεταφραστής έχω μεταφράσει ….. έργα (αυτοτελείς εκδόσεις),

β) εντός των τριών τελευταίων ετών (2020, 2021, 2022) έχουν εκδοθεί ………… μεταφρασμένα έργα μου. Ακολουθούν ενδεικτικά οι τίτλοι τριών εξ αυτών ή ο τίτλος ογκώδους πολυσέλιδου έργου ειδικών μεταφραστικών απαιτήσεων:

- ………………………………………………………………….. έτος έκδοσης …………………

- …………………………………………………………………… έτος έκδοσης ………..………

- …………………………………………………………………… έτος έκδοσης …………………,

γ) ο μέσος όρος των ετήσιων (πραγματικών-τεκμαρτών) οικογενειακών εισοδημάτων μου κατά τα τελευταία δύο φορολογικά έτη δεν υπερβαίνει τα 10.000 ευρώ (επισυνάπτονται αντίστοιχα εκκαθαριστικά 2021 και 2022)[[3]](#endnote-3),

δ) έχω ............ανήλικα τέκνα *(μόνον εφόσον συντρέχει, διαφορετικά το διαγράφετε),*

ε) είμαι μονογονέας *(μόνον εφόσον συντρέχει, διαφορετικά το διαγράφετε),*

στ) έχω σοβαρό πρόβλημα υγείας και επισυνάπτω σχετική βεβαίωση δημόσιου νοσοκομείου *(μόνον εφόσον συντρέχει, διαφορετικά το διαγράφετε),*

ζ) συναινώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από τον ΟΣΔΕΛ αποκλειστικά για την υλοποίηση του E’ Προγράμματος Οικονομικής Αρωγής[[4]](#endnote-4).

Ο/η αιτών/ούσα[[5]](#endnote-5)

(υπογραφή)

|  |
| --- |
|  |

**Διευκρινιστικές σημειώσεις:**

1. . Συμπληρώνεται από τον ΟΣΔΕΛ. [↑](#endnote-ref-1)
2. . Συμπληρώνετε το ονοματεπώνυμό σας, όπως αυτό αναγράφεται στο ΔΑΤ σας. [↑](#endnote-ref-2)
3. . Οι ενδιαφερόμενοι/ες καλούνται να ελέγξουν, με τον λογιστή τους, εάν η οικονομική ενίσχυση του ΟΣΔΕΛ μπορεί να έχει επιπτώσεις σε τυχόν επιδόματα, απαλλαγές και άλλα μέτρα κοινωνικής πρόνοιας που δικαιούνται. [↑](#endnote-ref-3)
4. . Βάσει του ισχύοντος Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GDPR), τα προσωπικά δεδομένα που θα εμπεριέχονται ως απαιτούμενα για την υποβολή της αίτησης (στοιχεία και λοιπά αρχεία), θα διατηρούνται προς επεξεργασία από τον ΟΣΔΕΛ μόνο για τον σκοπό της συμμετοχής του αιτούντος στο E’ Πρόγραμμα Οικονομικής Αρωγής. Μετά το πέρας της διαδικασίας επιλογής των ενδιαφερομένων από την αρμόδια επιτροπή, αυτά θα καταστρέφονται αμέσως. [↑](#endnote-ref-4)
5. . Η αίτηση θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από τον αιτούντα ή την αιτούσα. Σε περίπτωση ηλεκτρονικής αποστολής, η αίτηση θα πρέπει να εκτυπωθεί, να υπογραφεί, να σκαναριστεί και κατόπιν να αποσταλεί στην ηλεκτρονική διεύθυνση [**arogitranslators@osdel.gr**](mailto:arogitranslators@osdel.gr)**.**

   vi. Συμβασιούχοι που έχουν παραπάνω από μία ιδιότητες (π.χ. συγγραφέας και μεταφραστής), μπορούν να υποβάλουν αίτηση **μόνον σε ένα** από τα τρία επιμέρους προγράμματα του E’ Προγράμματος Οικονομικής Αρωγής. [↑](#endnote-ref-5)