



Ημ/νία :

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΟΡΟΝΑΪΟΥ**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ**Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
Ηλικία: Διεύθυνση: Τηλ.:**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ Σ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΗΛΙΚΟΥ**Επώνυμο Όνομα: Βαθμός συγγένειας:
Διεύθυνση Τηλέφωνο:**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Ο υπογράφων / υπογράφουσα, έχοντας πλήρη συνείδηση, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- ⇒ Κατανοώ απόλυτα το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που μου δόθηκαν σχετικά με την ανάγκη προστασίας της εμπιστευτικότητας των προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα και με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων (GDPR)
- ⇒ Έχω ενημερωθεί και κατανοώ απόλυτα την ανάγκη χρήσης συστήματος αμφίδρομης ενδοεπικοινωνίας ήχου ώστε να διασφαλίζεται η επικοινωνία μου με τους επαγγελματίες υγείας της Μονάδας, με ελάχιστη φυσική επαφή
- ⇒ Έχω ενημερωθεί και κατανοώ απόλυτα την ανάγκη χρήσης κλειστού συστήματος καμερών παρακολούθησης, χωρίς καταγραφή ή/και αποθήκευση εικόνας και ήχου, ώστε να παρακολουθούμαι σε 24ωρη βάση με την ελάχιστη φυσική επαφή
- ⇒ Συναινώ με τη χρήση των ανωτέρω συστημάτων κατά τη διάρκεια της παραμονής / θεραπείας μου στην Μονάδα, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το περιστατικό με ασφάλεια

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο Τηλέφωνο:

Έχω εξηγήσει στον/στην ενδιαφερόμενο/η για την φύση της ανάγκης προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την υποχρέωση προσαρμογής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων στον Νέο Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) 2016/679 που ισχύει από 25.05.2018

Υπογραφή του ατόμου
που παρέχεται η Συγκατάθεση

General
Data
Protection
Regulation