

Ημ/νία : **ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΒΕΒΑΙΩΣΕΩΝ  
ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΜΠΛΕΚΕΤΑΙ ΣΕ ΑΤΥΧΗΜΑ**

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 και κατανοώντας 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), όσον αφορά την χρήση τους για τη διερεύνηση του ατυχήματος από τις Αρχές, δηλώνω ότι παρέχω την Συγκατάθεσή μου, να αποσταλούν οι γνωματεύσεις στην αντίστοιχη Διεύθυνση που τα αιτείται.

**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