

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Δήλωση Συγκατάθεσης για την Επεξεργασία και Αποστολή Προσωπικών Δεδομένων

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... με αριθμό δελτίου ταυτότητας/διαβατηρίου..... ενημερώθηκα πλήρως, σαφώς και απολύτως κατανοητά για τα κάτωθι: Δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν την υγεία μου πρόκειται να συλλεχθούν, φυλαχθούν και επεξεργασθούν από τον υπεύθυνο επεξεργασίας (251 ΓΝΑ). Νομική βάση της επεξεργασίας των δεδομένων υγείας μου είναι το άρθρο 9 παράγραφος 2 περιπτώσεις ζ, η και θ του Κανονισμού 679/2016/ΕΕ. Οι επιδιωκόμενοι σκοποί της επεξεργασίας είναι κατά περίπτωση: η ιατρική διάγνωση, η εκτίμηση της ικανότητας προς εργασία εμού ως εργαζομένου, η διαφύλαξη του ζωτικού συμφέροντος της υγείας μου, η παροχή υγειονομικής περίθαλψης και θεραπείας, η διαχείριση υγειονομικών συστημάτων και υπηρεσιών βάσει του Ενωσιακού και του Ελληνικού Δικαίου, η διασφάλιση υψηλών προτύπων ποιότητας και ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης και η εκπλήρωση καθήκοντος που εκτελείται προς το δημόσιο συμφέρον και κατά την άσκηση δημόσιας εξουσίας που έχει ανατεθεί στον υπεύθυνο επεξεργασίας (251 ΓΝΑ).

Ενημερώθηκα ότι τα δικαιώματά μου, ως υποκείμενο των δεδομένων, που απορρέουν από τον Κανονισμό, είναι τα ακόλουθα:

-Δικαίωμα ενημέρωσης σχετικά με ενδεχόμενη επεξεργασία των δεδομένων που με αφορούν, τον τρόπο και τον σκοπό αυτής, τους αποδέκτες ή τις κατηγορίες αποδεκτών στους οποίους κοινολογήθηκαν ή πρόκειται να κοινολογηθούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, ιδίως τους αποδέκτες σε τρίτες χώρες ή διεθνείς οργανισμούς.

-Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και χορήγηση αντιγράφων κατόπιν αιτήματος προς το 251 ΓΝΑ.

-Δικαίωμα διόρθωσης, τροποποίησης ή επικαιροποίησης των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν με αίτημα προς το 251 ΓΝΑ.

-Δικαίωμα διαγραφής των προσωπικών μου δεδομένων κατόπιν αιτήματος υπό προϋποθέσεις (η διαγραφή να μην αντίκειται σε διάταξη νόμου ή η επεξεργασία να μην είναι απαραίτητη για λόγους ουσιαστικού δημοσίου συμφέροντος).

-Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, με υποβολή σχετικού αιτήματος.

-Δικαίωμα φορητότητας δεδομένων με υποβολή αιτήματος προς το 251 ΓΝΑ να διαβιβάσει τα δεδομένα μου απευθείας σε τρίτο.

-Δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία.

-Δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

-Δικαίωμα ανάκλησης της δήλωσης συγκατάθεσής μου οποτεδήποτε, χωρίς να θιγεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση πριν από την ανάκλησή της.

Επιπλέον, ενημερώθηκα για τα κάτωθι:

Αποδέκτες δεδομένων: Καταρχήν το 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας. Συμπληρωματικά, αν και εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε δικαστική, αστυνομική ή αρχή του εν γένει δημοσίου τομέα ή τρίτο φυσικό ή νομικό πρόσωπο. Στις ως άνω περιπτώσεις η σχετική επεξεργασία των δεδομένων μου θα πραγματοποιείται μόνον εφόσον είναι σύννομη και σύμφωνη με τις διατάξεις του Κανονισμού και της εγχώριας νομοθεσίας.

Χρονικό διάστημα αποθήκευσης δεδομένων: Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή (άρθρο 14 παράγραφος 4β Ν.3418/2005).

Περαιτέρω, και προς τον σκοπό της καλύτερης εξυπηρέτησής μου ως λήπτη υγειονομικών υπηρεσιών, δηλώνω ότι δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και με πλήρη επίγνωση συγκατάθεσή μου για την **ανάρτηση των δεδομένων υγείας που με αφορούν στην διαδικτυακή ιστοσελίδα labs.haf.gr και για την λήψη των δεδομένων υγείας μου μέσω διαδικτύου από την διαδικτυακή υπηρεσία «(251 ΓΝΑ - Αποτελέσματα Εργαστηριακών Εξετάσεων)»**. Η επεξεργασία αυτή θα είναι σύννομη και σύμφωνη με τον κανονισμό και την εκάστοτε εν ισχύ εθνική Νομοθεσία, όπως και αν αυτά ενδεχομένως τροποποιούνται. Ενημερώθηκα ότι τα δεδομένα θα αναρτώνται σε **κρυπτογραφημένη μορφή**, με την χρήση όλων των κατάλληλων τεχνικών και οργανωτικών μέτρων, και κατά τρόπο που εγγυάται την ενδεδειγμένη ασφάλεια αυτών, μεταξύ άλλων την προστασία τους από μη εξουσιοδοτημένη ή παράνομη επεξεργασία, πρόσβαση, τυχαία απώλεια, καταστροφή, φθορά ή αποκάλυψή τους. **Η πρόσβαση στα δεδομένα υγείας που με αφορούν θα γίνεται μόνον από εμένα με τη χρήση ονόματος χρήστη και κωδικού πρόσβασης.**

Η ενεργοποίηση της υπηρεσίας θα γίνει με βάση τα ακόλουθα στοιχεία:

Αριθμός **κινητού** τηλεφώνου ενεργοποίησης υπηρεσίας:.....

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.....

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ).....

Αθήνα, .../.../20...

Υπογραφή