

## 1η ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο/Η υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι:

I. Ενημερώθηκα από τον ιατρό κ. Χατζηγηρηγόρη Πέτρο, και παρέχω την ρητή συγκατάθεσή μου για την εκ μέρους του συλλογή, τήρηση (σε ηλεκτρονικό ή μη) αρχείο και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου, και ευαίσθητων, που αφορούν την υγεία μου, τα οποία έχουν συλλεγεί και βρίσκονται στην κατοχή του, ή θα συλλεγούν στα πλαίσια της συνεργασίας μας, για επεξεργασία για ιατρικούς σκοπούς, σύμφωνα με τους όρους του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679.

II. Συγκατατίθεμαι, συναινώ και αναγνωρίζω ως νόμιμη την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου καθόσον αυτή είναι απαραίτητη για την προσήκουσα προς εμένα παροχή ιατρικών υπηρεσιών και σχετίζεται με την διαφύλαξη ζωτικών εννόμων συμφερόντων μου.

III. Δηλώνω επίσης ότι προ και δια της υπογραφής της παρούσας έλαβα γνώση από τον ως άνω ιατρό των ειδικότερων δικαιωμάτων που μου παρέχει ο ως άνω Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679, και ειδικότερα:

- Το δικαίωμα πληροφόρησης και λήψης επιβεβαίωσης για το εάν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και βρίσκονται στην κατοχή του υφίστανται επεξεργασία, εντός μηνός από την υποβολή του αιτήματος.
- Το δικαίωμα πρόσβασής μου στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και ειδικώς σε πληροφορίες αναφορικά με τους σκοπούς της επεξεργασίας αυτών για ιατρικούς σκοπούς.
- Το δικαίωμα προηγούμενης ενημέρωσής μου και συγκατάθεσής μου για την κοινοποίηση/ διαβίβαση δεδομένων μου προς πιθανούς αποδέκτες στους οποίους μπορεί να κοινολογηθούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, ιδίως τους αποδέκτες σε τρίτες χώρες ή διεθνείς οργανισμούς.
- Το δικαίωμά μου για την υποβολή προς τον ως άνω ιατρό αιτήματος περί διόρθωσης ή διαγραφής δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα ή περιορισμό της επεξεργασίας αυτών.
- Το δικαίωμα λήψης αντιγράφων, και σε ηλεκτρονική μορφή, δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται σε επεξεργασία.
- Έλαβα επίσης γνώση ότι προσωπικά δεδομένα μου θα αποθηκευτούν για ορισμένο χρονικό διάστημα, σχετιζόμενο με τους σκοπούς της επεξεργασίας αυτών αποκλειστικά για ιατρικούς λόγους.
- Το δικαίωμά μου να αντιταχθώ στο μέλλον στην επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου από τον υπεύθυνο επεξεργασίας ιατρό.
- Το δικαίωμά μου να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση, ανά πάσα στιγμή.
- Το δικαίωμά μου να υποβάλλω καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, ως εποπτική αρχή του υπεύθυνου επεξεργασίας, εάν κρίνω ότι υφίσταται παραβίαση των δικαιωμάτων μου.

IV. Επιπλέον, δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσης στον ιατρό περί επεξεργασίας προσωπικών

δεδομένων μου και συναινώ ανεπιφύλακτα στη συλλογή, επεξεργασία, διαχείριση και  
αρχειοθέτηση αυτών εκ μέρους του ως άνω ιατρού.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ .....14-01-2019.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ .....

A black rectangular redaction mark covering the signature of the declarant.