|  |
| --- |
| **ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ** |
| Το ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ, είναι υπεύθυνο για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων. Στο «ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ» θέτουμε ως προτεραιότητα την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, ως μέρος της φιλοσοφίας μας. Γνωρίζουμε ότι η εμπιστευτικότητα των Προσωπικών Δεδομένων σας είναι ιδιαίτερα σημαντική για εσάς και προσπαθούμε να είμαστε όσο το δυνατόν πιο διαφανείς στον τρόπο με τον οποίο σας εξυπηρετούμε.  Για αυτό θεωρούμε χρέος μας να σας ενημερώσουμε για τα δικαιώματα που έχετε αναφορικά με τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και να σας διευκολύνουμε στην άσκησή τους. **Διαδικασία** Το Νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο πριν την απάντηση ενός αιτήματος να προβεί σε ταυτοποίησή σας. Εφόσον επιθυμείτε, μπορείτε να συμπληρώσετε και να αποστείλετε την παρούσα αίτηση απ’ ευθείας: α) Στο e-mail : dpo@kavalahospital.grβ) Μέσω ταχυδρομικής αποστολής, με την ένδειξη ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ περιοχή Άγιος ΣίλαςΘα απαντήσουμε στο αίτημά σας εντός ενός μηνός από την παραλαβή του, εφόσον αυτό είναι εφικτό, ειδάλλως θα σας ενημερώσουμε σχετικώς για τυχόν παράταση της προθεσμίας.  |

***Παρακαλώ επιλέξτε ποιο από τα παρακάτω δικαιώματα σας θέλετε να ασκήσετε:***

|  |
| --- |
| **Δικαίωμα Πρόσβασης στα Προσωπικά μου Δεδομένα** |
| **Επιθυμώ**:  |
| * Ενημέρωση, εάν το Νοσοκομείο επεξεργάζεται προσωπικά μου δεδομένα
 |
| * Επιπλέον πληροφόρηση αναφορικά με τα προσωπικά μου δεδομένα, που επεξεργάζεται το Νοσοκομείο και ειδικότερα:
 |
| * τους σκοπούς επεξεργασίας
 |
| * τις κατηγορίες προσωπικών δεδομένων
 |
| * τους αποδέκτες ή τις κατηγορίες παραληπτών των προσωπικών μου δεδομένων
 |
| * τα δικαιώματά μου
 |
| * το χρονικό διάστημα αποθήκευσης των δεδομένων μου
 |
| * την ύπαρξη αυτοματοποιημένης λήψης αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ και πληροφορίες σχετικά με τη λογική που ακολουθείται, καθώς και τη σημασία και τυχόν συνέπειες
 |
| * εάν και με ποιο τρόπο δεδομένα μου διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες
 |
| * Αντίγραφο των κάτωθι προσωπικών μου δεδομένων:

………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Δικαίωμα Διόρθωσης / Συμπλήρωσης των Προσωπικών μου Δεδομένων** |
| **Επιθυμώ:**  |
| * Διόρθωση των κάτωθι ανακριβών προσωπικών μου δεδομένων

………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| * Συμπλήρωση των κάτωθι ελλιπών προσωπικών μου δεδομένων

………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Δικαίωμα Περιορισμού της επεξεργασίας των Προσωπικών μου Δεδομένων** |
| * **Επιθυμώ** περιορισμό της κάτωθι επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων

………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Επειδή: |
| * αμφισβητώ την ακρίβεια των προσωπικών μου δεδομένων και έως ότου επαληθευτεί η ακρίβεια αυτών
 |
| * θεωρώ την επεξεργασία παράνομη και αντί της διαγραφής των προσωπικών μου δεδομένων επιθυμώ τον περιορισμό της χρήσης τους
 |
|   |
| * έχω αντιρρήσεις και έως ότου επαληθευθεί κατά πόσον το Νοσοκομείο έχει επιτακτικούς και νόμιμους λόγους για τη συνέχιση της επεξεργασίας, οι οποίοι υπερισχύουν των δικών μου λόγων
 |
|  |

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με στοιχείο επικοινωνίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχω μέσω της παρούσας αίτησης είναι αληθείς και ακριβείς και ότι είμαι το υποκείμενο στο οποίο αφορούν τα ως άνω προσωπικά δεδομένα. Κατανοώ ότι το Νοσοκομείο οφείλει να επιβεβαιώσει την ταυτότητά μου και να επικοινωνήσει μαζί μου, εφόσον χρειαστεί, στο πλαίσιο απάντησης του αιτήματός μου.

**Υπογραφή**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ημερομηνία**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_