



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|                                      |  |  |       |                                    |  |       |     |
|--------------------------------------|--|--|-------|------------------------------------|--|-------|-----|
| ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :                | ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ |  |       |                                    |  |       |     |
| Ο – Η Όνομα:                         |  |  |       | Επώνυμο:                           |  |       |     |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:            |  |  |       |                                    |  |       |     |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:           |  |  |       |                                    |  |       |     |
| Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> : |  |  |       |                                    |  |       |     |
| Τόπος Γέννησης:                      |  |  |       |                                    |  |       |     |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:          |  |  |       | Τηλ:                               |  |       |     |
| Τόπος Κατοικίας:                     |  |  | Οδός: |                                    |  | Αριθ: | TK: |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):            |  |  |       | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): |  |       |     |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

**Δεσμεύομαι να τηρήσω πλήρη εχεμύθεια** αναφορικά με τις εμπιστευτικές πληροφορίες που αφορούν το νοσοκομείο, την οργάνωση και λειτουργία του, την υλικοτεχνική υποδομή του, το ιατρικό, νοσηλευτικό και εν γένει όλο το προσωπικό του και ειδικότερα τους ασθενείς που κάνουν ή έχουν κάνει χρήση των ενδονοσοκομειακών ή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών του. Κάθε σχετική πληροφορία και δεδομένο που υποπίπτει στην αντίληψή μου και δεν έχει κοινοποιηθεί δημοσίως από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, είτε έχει χαρακτηριστεί ως εμπιστευτικό, είτε αποτελεί ευαίσθητο δεδομένο του προσωπικού, των ασθενών και των επισκεπτών, **δεν** θα τα κοινοποιήσω με οποιονδήποτε τρόπο και μέσον, σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, ανεξαρτήτως της σχέσης που έχω μαζί τους. Δεσμεύομαι πλήρως από τις διατάξεις του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας που αφορούν το ιατρικό απόρρητο.

Επίσης **υποχρεούμαι να:** **Α)** μην φωτογραφίζω ή βιντεοσκοπώ ή ηχογραφώ οτιδήποτε εντός του νοσοκομείου και στα περίξ αυτού και να μην τα κοινοποιώ ή διαμοιράζομαι με οποιονδήποτε τρόπο. **Β)** να μην προβαίνω σε αποκαλύψεις ή σχόλια, σε σχέση με τα ανωτέρω, με οποιονδήποτε μέσο ή τρόπο. **Γ)** να μην χρησιμοποιώ, μέσω διαμοιρασμού ή κοινοποίησης κανενός τύπου αρχείο με πληροφορίες ή στοιχεία του νοσοκομείου σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα. **Δ)** να μην διαχειρίζομαι κανένα αρχείο και υλικό που αφορά προσωπικά στοιχεία και δεδομένα ασθενών και προσωπικού. **Ε)** να λαμβάνω κατά την εργασία μου τις δέουσες κατά περίπτωση προφυλάξεις για την μη διαρροή των ανωτέρω δεδομένων σε τρίτους. **Επιτρέπεται** όμως: α) η επεξεργασία ανώνυμων δεδομένων στα πλαίσια επίσημα εγκεκριμένων ερευνητικών προγραμμάτων β) η κοινοποίηση τέτοιων δεδομένων ενώπιον εισαγγελικών και δικαστικών αρχών κατόπιν εντολής τους γ) η φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση πάσχουσας περιοχής μετά από ρητή συγκατάθεση του ασθενούς είτε για επισύναψή της σε ιατρική συνταγή ή γνωμάτευση (όταν αυτό απαιτείται από τον ΕΟΠΥΥ ή εσωτερικό κανονισμό του νοσοκομείου), είτε για επιστημονικούς-εκπαιδευτικούς λόγους, αφού καλυφθούν τα στοιχεία αναγνώρισης της ταυτότητας του ασθενούς

Ημερομηνία: / /  
ο/η Δηλών/ούσα