ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

*(Το παρόν αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της υπεύθυνης δήλωσης εμβολιασμού από το gov.gr)*

*Όνομα: ………………………………………….. Επίθετο : ………………………………………………*

*ΑΜΚΑ : …………………………………………..*

□ Συμφωνώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου στοιχείων και συναινώ στη χρήση τους αποκλειστικά για τους σκοπούς της αίτησης όπως περιγράφονται παρακάτω, τους οποίους ανέγνωσα και κατανοώ πλήρως

□ Δηλώνω ότι τα στοιχεία που υποβάλω είναι αληθή

Τα ως άνω προσωπικά στοιχεία τα οποία υποβάλλετε, συλλέγονται με σκοπό την υποβολή εκδήλωσης πρόθεσης εμβολιασμού κατά του SARS-CoV-2 (Covid19).

Αποδέκτες των στοιχείων που υποβάλετε, είναι οι αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου υγείας ή/και οποιαδήποτε δημόσια υπηρεσία συμμετέχει στη διαδικασία του εμβολιασμού και κριθεί απαραίτητη η παραχώρηση των δεδομένων από τον ΠΣΦ, καθώς και συγκεκριμένα πρόσωπα του ΠΣΦ τα οποία συμμετέχουν στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

Εφόσον, κριθεί απαραίτητο για τους σκοπούς της διαδικασίας, ο ΠΣΦ δύναται να παραχωρήσει πρόσβαση στα ως άνω δεδομένα, στη ΔΕ του Π.Τ. στο οποίο ανήκει το μέλος που υπέβαλε το αίτημα.

Τα στοιχεία επικοινωνίας σας θα χρησιμοποιηθούν από τον Π.Σ.Φ ή/και τρίτους αρμόδιους φορείς προκειμένου να επικοινωνήσουμε μαζί στο πλαίσιο οργάνωσης της διαδικασίας του εμβολιασμού.

Τα ως άνω δεδομένα, δεν δημοσιεύονται και ούτε παραχωρούνται σε τρίτους, πέραν των σκοπών για τους οποίους συλλέχθηκαν

Εάν διαφωνείτε με οποιονδήποτε από τους όρους της αίτησης, παρακαλούμε πολύ να μην υποβάλλετε την παρούσα αίτηση

Για οποιαδήποτε απορία, επικοινωνήστε με τον ΠΣΦ : <https://psf.org.gr/contact.php>

………./………/20……

Υπογραφή