



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΕΡΕΥΝΩΝ
(ΕΚΕΨΥΕ)**

**ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ:
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

**Α. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ**

Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (ΕΚΕΨΥΕ) θέλοντας να διασφαλίσει τα προσωπικά και ευαίσθητα προσωπικά σας δεδομένα έχει υλοποιήσει όλα τα απαραίτητα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα όπως ορίζονται από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και αναφέρονται αναλυτικά στην **Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων** του ΕΚΕΨΥΕ, η οποία βρίσκεται αναρτημένη στην ιστοσελίδα <http://www.ekepsy.gr> και σε έντυπη μορφή στα σημεία υποδοχής του ΕΚΕΨΥΕ.

Η προστασία της ιδιωτικής σας ζωής και η διαφύλαξη του απορρήτου των πληροφοριών και των δεδομένων υγείας σας, αποτελεί θεμελιώδη προτεραιότητά μας.

Τα δεδομένα που συλλέγονται και υφίστανται επεξεργασία (στοιχεία επικοινωνίας, δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία ταυτότητας, ιατρικές πληροφορίες, γνωματεύσεις, στοιχεία αναφορικά με τη διεκπεραίωση συναλλαγών με ασφαλιστικούς οργανισμούς), είναι αυτά που απαιτούνται αποκλειστικά για τους σκοπούς όπως αυτοί περιγράφονται στην παράγραφο 2/άρθρο 9 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Κανονισμός ΕΕ 2016/679 γνωστός και ως GDPR), αποκλείοντας κάθε άλλη μη επιθυμητή επεξεργασία αυτών.

Ενημέρωση: Τα προσωπικά δεδομένα που συλλέγει το ΕΚΕΨΥΕ ενδέχεται να διαβιβαστούν σε τρίτους, προς εκπλήρωση του σκοπού για τον οποίο συλλέχθηκαν. Επιπλέον τονίζεται ότι τα τρίτα μέρη (π.χ. ΕΟΠΠΥ, Ασφαλιστικά Ταμεία, Δημόσιοι Φορείς Υγείας, εξωτερικοί συνεργάτες του Κέντρου που διαθέτουν την απαραίτητη νομική βάση για την επεξεργασία κλπ.) στα οποία διαβιβάζονται προσωπικά δεδομένα έχουν εναρμονιστεί με τον Γενικό

Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων και έχουν αποδεχθεί πλήρως τις ρήτρες εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας που έχει θέσει το ΕΚΕΨΥΕ, αναφορικά με την επεξεργασία των δεδομένων.

Τα προσωπικά δεδομένα των εξυπηρετούμενων που συλλέγονται, διατηρούνται στο ΕΚΕΨΥΕ για είκοσι (20) έτη από την τελευταία επίσκεψη του εξυπηρετούμενου. Όταν παρέλθει το παραπάνω χρονικό διάστημα τα δεδομένα στις περισσότερες των περιπτώσεων ανωνυμοποιούνται ή καταστρέφονται με εγκεκριμένες διαδικασίες καταστροφής (καταστροφές εγγράφων ή ανακύκλωση για έντυπα δεδομένα και μη αναστρέψιμη διαγραφή για ηλεκτρονικά δεδομένα, καθώς και σύνταξη πρωτοκόλλου καταστροφής).

Το ΕΚΕΨΥΕ έχει ορίσει ως Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων τον κ. **Τίμο Γονή, τηλ. 210 6827080, email: dpo1@ekepsye.gr** και ως αναπληρώτριά του την κα. **Σοφία Γενειατάκη, τηλ 210 8213300, email: dpo2@ekepsye.gr**, στους οποίους μπορείτε να απευθυνθείτε για την άσκηση των δικαιωμάτων σας (Πρόσβαση / Διόρθωση / Διαγραφή / Φορητότητα / Περιορισμός Επεξεργασίας / Αντίταξη στην Επεξεργασία), όπως αυτά προβλέπονται στο Άρθρο 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων και αναφέρονται αναλυτικά στην **Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΕΚΕΨΥΕ**. Για την άσκηση του δικαιώματος υποβολής καταγγελίας, αρμόδια εποπτική αρχή αποτελεί η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr).

Υπογράφοντας το παρόν έγγραφο δηλώνετε ενήμερος για όλα τα παραπάνω, καθώς και για την Πολιτική που ακολουθεί το Κέντρο αναφορικά με την επεξεργασία των δεδομένων σας, η οποία είναι αναρτημένη τόσο στην Ιστοσελίδα του Κέντρου, όσο και στα σημεία εξυπηρέτησης.

Όνοματεπώνυμο	Υπογραφή
---------------	----------

Επιπρόσθετα μπορείτε να εξουσιοδοτήσετε ένα άτομο που επιθυμείτε ώστε να λαμβάνει ενημέρωση αναφορικά με την πορεία της υγείας σας, καθώς και τα έγγραφα που δύναται να σας χρειασθούν (βεβαιώσεις, γνωματεύσεις κλπ)

Πεδίο Εξουσιοδότησης : Όνομα, Επώνυμο, Α.Δ.Τ. (ατόμου που εξουσιοδοτείτε)

Όνοματεπώνυμο :	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (Α.Δ.Τ.) :	

**Β. ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΤΟΥ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟΥ ΤΟΥ
ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ ΣΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΤΟΥ ΕΚΕΨΥΕ**

Με το παρόν έντυπο αιτούμαστε τη **λήψη της συγκατάθεσής σας αναφορικά με την αναγγελία του ονοματεπώνυμού σας**, το οποίο αποτελεί προσωπικό δεδομένο, **κατά το διάστημα αναμονής σας στους χώρους υποδοχής του Κέντρου** προς σχετική ενημέρωση τόσο δική σας, όσο και των συνοδών σας. Η παροχή συγκατάθεσης για τη συγκεκριμένη διαδικασία είναι προαιρετική και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή. Αν αρνηθείτε να δώσετε τη συγκατάθεσή σας, αυτό δεν θα επηρεάσει την παροχή υπηρεσιών υγείας από το Κέντρο, ωστόσο σε αυτή την περίπτωση η αναγγελία σας θα πραγματοποιηθεί με εναλλακτικό τρόπο, για τον οποίο θα λάβετε σχετική ενημέρωση κατά την προσέλευσή σας.

Συναινώ (Όνομ/μο - υπογραφή)

Δεν συναινώ (Όνομ/μο-υπογραφή)

--	--