**7η ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣPN**



**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΣΙΘΙΟΥ-**

**ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ**

Ημερ/νία:

# ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

**ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ (e-mail)**

 **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο: |  | Όνομα: |  | Πατρώνυμο: |  |
| Τμήμα: |  | e-mail: |  | Τηλ. Εργασίας: |  |

**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας:

α) Tις απαιτήσεις του ΓΚΠΔ ΕΕ 2016/679, σχετικά με την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων,

β) Tις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986 και

γ)Tον κανονισμό λειτουργίας των Πληροφοριακών Συστημάτων του Νοσοκομείου, ο οποίος βρίσκεται στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου https://www.ierapetrahospital.gr / Οργανωτική Δομή / Κανονισμός Λειτουργίας.

Παρακαλώ όπως μου χορηγήστε λογαριασμό ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) μέσω του Πληροφοριακού Συστήματος του Νοσοκομείου.

Δηλώνω υπεύθυνα:

1. Θα τον χρησιμοποιήσω αποκλειστικά για τις επαγγελματικές μου ανάγκες.
2. Σε περίπτωση αλλαγής ιδιότητας ή αποχώρησής μου από το Νοσοκομείο θα ενημερώσω το Τμήμα Πληροφορικής, προκειμένου να γίνει απενεργοποίηση του λογαριασμού ηλεκτρονικού ταχυδρομείου που θα χρησιμοποιώ.
3. Γνωρίζω ότι η Υπηρεσία οφείλει τη διατήρηση του περιεχομένου του ηλεκτρονικού μου ταχυδρομείου για διάστημα έως 6 μηνών μετά την αποχώρησή μου.
4. Γνωρίζω ότι η Υπηρεσία μπορεί να κάνει αλλαγή σε κωδικό (password) του λογαριασμού μου αν κριθεί απαραίτητο για την ασφάλεια.
5. Γνωρίζω ότι απαγορεύεται η αποστολή ευαίσθητων, ιατρικών δεδομένων μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου εάν αυτά δεν είναι κρυπτογραφημένα.

##  ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

*(Σημειώστε με* ****** *στο αντίστοιχο τετράγωνο)*

**ΟΧΙ**

**ΝΑΙ**

1. Διαθέτω προσωπικό όνομα χρήστη (user profile) στον Η/Υ της εργασία μου
2. Χρησιμοποιώ αποκλειστικά το προσωπικό μου profile
3. Ο Η/Υ έχει πρόσβαση στο Τοπικό Δίκτυο του Νοσοκομείου
4. Έχω πρόσβαση στο Διαδίκτυο (Internet)

|  |  |
| --- | --- |
| **Παρατηρήσεις** : | Ο/Η Αιτών/ούσα, Υπογραφή |

 **ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Εισήγηση** : Να χορηγηθεί e-mail ΝΑΙ ΟΧΙ |  |

 **Στοιχεία e-mail**

|  |  |
| --- | --- |
| **E-mail: ……………………………..….@ierapetrahospital.gr****Password: …………………………………………………** | Ο Διευθυντήςυπογραφή |

**ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ – Τμήμα Πληροφορικής & Οργάνωσης , Τηλ. 2842 3 40121**