



7^η ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΣΙΘΙΟΥ-
ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΗΤΕΙΑΣ

Ημερ/νία:

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ (VPN)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

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

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986 και του Ν.4807/2021 καθώς και τον κανονισμό λειτουργίας των Πληροφοριακών Συστημάτων του Νοσοκομείου, ο οποίος βρίσκεται στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου <https://www.ghsitia.gr/Υπηρεσίες/Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης & Πληροφορικής>.

Παρακαλώ, όπως μου χορηγήσετε όνομα χρήστη και κωδικό πρόσβασης (login name και password) για την ενεργοποίηση λογαριασμού απομακρυσμένης πρόσβασης (VPN).

Δηλώνω υπεύθυνα:

1. Θα τον χρησιμοποιήσω αποκλειστικά για τις επαγγελματικές μου ανάγκες.
2. Δεν θα κοινοποιήσω σε τρίτους προσωπικά δεδομένα ασθενών ή εργαζομένων.
3. Δεν θα τον γνωστοποιήσω σε άλλα άτομα.
4. Δε θα κατεβάσω υπηρεσιακά αρχεία στον προσωπικό μου Η/Υ.
5. Σε περίπτωση που συμβεί οτιδήποτε στον προσωπικό μου Η/Υ (κλοπή, μόλυνση από ιούς, κ.τ.λ.) θα ενημερώσω άμεσα την υπηρεσία μου.
6. Στον προσωπικό μου Η/Υ έχει εγκατασταθεί και λειτουργεί ενημερωμένο antivirus.
7. Η απόδοση του ονόματος χρήστη και του κωδικού πρόσβασης γίνεται αποκλειστικά με φυσική παρουσία και κάποιο αποδεικτικό για την ταυτοποίηση του χρήστη.
8. Η απομακρυσμένη πρόσβαση (VPN) δεν υποκαθιστά τη φυσική παρουσία μου στο Νοσοκομείο όταν αυτή απαιτείται.
9. Ειδικά για την πρόσβαση στο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικής Εικόνας (RIS-PACS) το Νοσοκομείο δεν φέρει καμιά ευθύνη για τον εξοπλισμό που διαθέτω για την απεικόνιση των εικόνων.
10. Η αλλαγή ιδιότητας ή η αποχώρησή μου από την Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα Σητείας επιφέρει την υποχρέωση κοινοποίησης αυτής στο Τμήμα Πληροφορικής προκειμένου να γίνει απενεργοποίηση της πρόσβασης.

Επιθυμώ να έχω πρόσβαση ως χρήστης απομακρυσμένης πρόσβασης VPN στο προσωπικό μου προφίλ του υπολογιστή εργασίας μου στο Νοσοκομείο.

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

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Εισήγηση : Na χορηγηθεί κωδικός πρόσβασης	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Όνομ/μο, Υπογραφή Δ/ντή
-------------------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Εισήγηση : Na χορηγηθεί κωδικός πρόσβασης	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Όνομ/μο, Υπογραφή Υπαλλήλου
-------------------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------