

### ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Το Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης - Μονάδα Μαστογραφίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου γνωστοποιεί, ότι τηρεί και επεξεργάζεται αρχείο με ευαίσθητα και προσωπικά δεδομένα των εξεταζόμενων, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων GDPR 4624/2019.

Κατόπιν της ανωτέρω γνωστοποίησης ο κάτωθι υπογεγραμμένος, δηλώνω ότι στην περίπτωση που δεν παραληφθεί η εξέταση από εμένα τον ίδιο, δηλώνω ότι επιθυμώ να παραληφθεί από:

- τον/την.....
- τον/την.....
- τον/την.....

που θα προσέλθουν στη Μονάδα σας με το Δελτίο της Αστυνομικής του/της ταυτότητας.

**Ο/η εξεταζόμενος/η**

**Ο/Η παραλαβών/ούσα**

**Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή**

**Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή**