



Ημερ/νία:

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ (VPN)**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Τμήμα/Ειδικότητα:		e-mail:		Κινητό τηλ.:	

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

ΛΟΓΟΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ (ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ)

Περιγράψτε αναλυτικά τον λόγο για τον οποίο χρειάζεστε απομακρυσμένη πρόσβαση (τηλεργασία, εφημερία από απόσταση, υποστήριξη συστημάτων, κ.λπ.):

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΙΤΟΥΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

Από: Μέχρι: (Η μέγιστη αρχική έγκριση είναι 6 μήνες)

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ / ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ

(Επιλέξτε ή συμπληρώστε)

- ☐ Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς
- ☐ Εργαστηριακό Πληροφοριακό Σύστημα (LIS)
- ☐ Ακτινολογικό / PACS
- ☐ Φαρμακευτικό Σύστημα
- ☐ Οικονομικό – Διοικητικό Σύστημα (ERP)
- ☐ Σύστημα Εφημεριών

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε):

ΤΥΠΟΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΠΟΥ ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ

- ☐ Laptop / Tablet / Desktop του Νοσοκομείου
- ☐ Προσωπικό Laptop / Desktop (ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ)
- ☐ Προσωπικό Tablet / Smartphone (ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ)

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε):

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

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Διαβάσα, κατανόησα και αποδέχομαι πλήρως την Πολιτική Απομακρυσμένης Πρόσβασης μέσω VPN του Νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων όλων των υποχρεώσεων που αφορούν την ασφάλεια της συσκευής, την απαγόρευση σύνδεσης από δημόσια Wi-Fi, την προστασία ευαίσθητων δεδομένων υγείας και την υποχρέωση άμεσης αναφοράς περιστατικών, μεταξύ των οποίων:
 - i. Θα τον χρησιμοποιήσω αποκλειστικά για τις επαγγελματικές μου ανάγκες.
 - ii. Δεν θα κοινοποιήσω σε τρίτους προσωπικά δεδομένα ασθενών ή εργαζομένων.
 - iii. Δεν θα αποθηκεύω διαπιστευτήρια
 - iv. Δεν θα τον γνωστοποιήσω σε άλλα άτομα.
 - v. Δεν θα κατεβάσω υπηρεσιακά αρχεία στον προσωπικό μου Η/Υ.
 - vi. Δεν θα το χρησιμοποιώ για προσωπική χρήση.
 - vii. Σε περίπτωση που συμβεί οτιδήποτε στον προσωπικό μου Η/Υ (κλοπή, μόλυνση από ιούς, κ.τ.λ.) θα ενημερώσω άμεσα την υπηρεσία μου.
 - viii. Στον προσωπικό μου Η/Υ έχει εγκατασταθεί και λειτουργεί ενημερωμένο antivirus.
 - ix. 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.
2. Η αλλαγή ιδιότητας ή η αποχώρησή μου από το Γ.Ν.Π.Π Καραμανδάνειο επιφέρει την υποχρέωση κοινοποίησης αυτής στο Αυτοτελές Τμήμα οργάνωσης και Πληροφορικής προκειμένου να γίνει απενεργοποίηση της πρόσβασης.
3. Η απόδοση του ονόματος χρήστη και του κωδικού πρόσβασης γίνεται αποκλειστικά με φυσική παρουσία και κάποιο αποδεικτικό για την ταυτοποίηση του χρήστη.
4. Η απομακρυσμένη πρόσβαση (VPN) δεν υποκαθιστά τη φυσική παρουσία μου στο Νοσοκομείο όταν αυτή απαιτείται.
5. Γνωρίζω ότι οποιαδήποτε παραβίαση μπορεί να οδηγήσει σε απενεργοποίηση του λογαριασμού μου και πειθαρχικά μέτρα.

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

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Εισήγηση : Να χορηγηθεί κωδικός πρόσβασης ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Λόγος (σε περίπτωση ΟΧΙ):	Όνομ/μο, Υπογραφή Δ/ντή
---	-------------------------

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Εισήγηση : ☐ Εγκρίνεται ☐ Εγκρίνεται με όρους / περιορισμούς ☐ Απορρίπτεται Σχόλια / Όροι:	Όνομ/μο, Υπογραφή Υπαλλήλου
--	-----------------------------

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ / (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΛΗΡΟΥΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΦΑΚΕΛΟ ΚΤΛ)

Εισήγηση : ☐ Εγκρίνεται ☐ Απορρίπτεται Σχόλια / Όροι:	Υπογραφή
--	----------