



ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ VPN

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Τμήμα/Κλινική/Μονάδα:	Email:	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.venizeleio.gr/plirofories/kanonismo/>

Παρακαλώ, όπως μου χορηγήσετε όνομα χρήστη και κωδικό πρόσβασης (login name και password) για την ενεργοποίηση λογαριασμού στα Πληροφορικά Συστήματα του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Δηλώνω υπεύθυνα:

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

Επιθυμώ να έχω πρόσβαση ως χρήστης απομακρυσμένης πρόσβασης VPN (Σημειώστε με **X** στο αντίστοιχο τετράγωνο):

- Στο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Ασθενών (AmedLine).....
- Στο Ιατρικό Νοσηλευτικό Πληροφοριακό Σύστημα (ΠΑΝΑΚΕΙΑ).....
- Στο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Ιατρικής Εικόνας (RIS –PACS).....
- Άλλο (περιγράψτε).....

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

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ/ΤΜΗΜΑΤΟΣ

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

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

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