

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ΔΗΛΩΣΗ ΑΦΟΡΑ (Να σημειωθεί ότι εφαρμόζεται):

- ΠΡΑΚΤΙΚΗ/ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΦΟΙΤΗΤΩΝ
- ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ/ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ/ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ/ ΦΟΙΤΗΤΕΣ

Εγώ ο/η δηλώνω υπεύθυνα ότι, κατά τη διάρκεια της παρουσίας μου στο Γενικό Νοσοκομείο για σκοπούς άσκησης / εκπαίδευσης/ παρακολούθησης/ έρευνας θα σέβομαι και θα συμμορφώνομαι με τις νομοθετικές/ κανονιστικές και γενικές διατάξεις, εγκυκλίους, πρακτικές και άλλες οδηγίες και διαδικασίες που εφαρμόζονται στα κρατικά νοσηλευτήρια.

Δεν θα παρεμβαίνω σε οποιαδήποτε δραστηριότητα του προσωπικού, πέραν των καθηκόντων που θα μου ανατεθούν και τυχόν οδηγιών που θα μου δίδονται και δε θα αποκαλύπτω σε οποιοδήποτε πρόσωπο, εκτός από το Διευθυντή του νοσηλευτηρίου ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο εξουσιοδοτημένο για το σκοπό αυτό από το Διευθυντή, πληροφορίες που έλαβα κατά τη διάρκεια της παρουσίας μου στο εν λόγω νοσηλευτήριο, με βάση των Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001 (138(Ι)/2001, 37(Ι)/2003, 105(Ι)/2012).

Γνωρίζω ότι η έγκριση για παρουσία μου στο νοσηλευτήριο δεν παρέχει οποιοδήποτε δικαίωμα/ πλεονέκτημα για τυχόν μελλοντικό διορισμό σε οποιαδήποτε μόνιμη ή έκτακτη θέση στη Δημόσια Υπηρεσία ή στον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, για απασχόλησή μου με οποιοδήποτε καθεστώς στη Δημόσια Υπηρεσία ή στον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας απαλλάσσεται οποιασδήποτε ευθύνης για τυχόν βλάβης μου κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης/ πρακτικής/ κλινικής άσκησης μου στο εν λόγω νοσηλευτήριο. Επιπρόσθετα, δεν θα ενεργώ σε καμία περίπτωση αυτόνομα και στην απουσία λειτουργού του τμήματος OKYTY.

Όνομα φοιτητή/ μαθητή : Υπογραφή:

(διαγράψτε ανάλογα)

Ημερομηνία:

Το παρόν έντυπο επιστρέφεται πλήρως συμπληρωμένο στον αρμόδιο λειτουργό του ενδιαφερόμενου νοσηλευτηρίου για την πρακτική/ κλινική άσκηση των φοιτητών μέσω τηλεομοιότυπου στο ή δια χειρός στο αντίστοιχο νοσηλευτήριο.