



**ΕΘΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΔΩΡΗΤΩΝ Ή ΑΡΝΗΤΩΝ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ

Επώνυμο* :

Όνομα* :

Όνομα Πατρός* :

Όνομα Μητρός* :

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.)* :

**υποχρεωτικά πεδία συμπλήρωσης*

Επιθυμώ να :

1. Να διαγραφώ από το Μητρώο Δωρητών Οργάνων και Ιστών

2. Να διαγραφώ από το Μητρώο Αρνητών Δωρεάς Οργάνων και Ιστών

**υποχρεωτική συμπλήρωση μίας εκ των δύο επιλογών*

Τήρηση Εμπιστευτικότητας:

- Τα ως άνω δεδομένα συλλέγονται, τηρούνται, επεξεργάζονται και αξιοποιούνται από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) με απόλυτη ασφάλεια και εμπιστευτικότητα, σύμφωνα με το αρ. 34 του ν. 3984/2011, όπως ισχύει, και το αρ. 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ.) ΕΕ 2016/679, για το σκοπό της τήρησης του Εθνικού Μητρώου Δωρεάς Οργάνων και Ιστών και τον αποτελεσματικό συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.
- Τα ως άνω δεδομένα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά από το επιστημονικό προσωπικό των εμπλεκόμενων φορέων στον συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.
- Για την άσκηση των προβλεπόμενων από τον Γ.Κ.Π.Δ. δικαιωμάτων των υποκειμένων των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης και περιορισμού), την υποβοήθηση σχετικά με την άσκηση των δικαιωμάτων, καθώς και για κάθε ζήτημα σχετικό με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από τον Ε.Ο.Μ., ως υπεύθυνο επεξεργασίας, μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Ε.Ο.Μ. στο dro@eom.gr.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η διαγραφή από το Μητρώο Δωρητών/ Αρνητών βασίζεται στη ρητή συγκατάθεσή μου. Γνωρίζω ότι μπορώ να αλλάξω την απόφασή μου αυτή ανά πάσα χρονική στιγμή.
- Γνωρίζω ότι, σε περίπτωση κατά την οποία δεν είμαι εγγεγραμμένος σε κανένα από τα Μητρώα (Δωρητών/ Αρνητών), η απόφαση για τη δωρεά οργάνων και ιστών προς μεταμόσχευση λαμβάνεται από την οικογένειά μου.
- Όλα τα στοιχεία της δήλωσής μου είναι ακριβή και αληθή.

Ημερομηνία :/...../.....

Υπογραφή :