



## **Φόρμα συγκατάθεσης – συναίνεσης της Health Entropy Projects**

---

Η Health Entropy Projects σέβεται την ιδιωτικότητά σας και συμμορφώνεται πλήρως με τον GDPR. Η Health Entropy Projects αποτελεί τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων και επιθυμεί την συγκατάθεσή σας, για να επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα αποκλειστικά για τους σκοπούς που αναφέρονται στην Πολιτική Απορρήτου μας. Για κάθε ζήτημα αναφορικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να ανατρέξετε στην Πολιτική Απορρήτου της Health Entropy Projects.

Για να ασκήσετε κάποιο από τα δικαιώματά σας, μπορείτε να συμπληρώσετε τη σχετική αίτηση, την οποία μπορείτε να λάβετε από την υπεύθυνη του προγράμματος «Just Walk» ή να επικοινωνήσετε μαζί μας μέσω της ηλεκτρονικής μας διεύθυνσης [healthentropyprojects@gmail.com](mailto:healthentropyprojects@gmail.com).

Σκοπός επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων είναι η προβολή, η επικοινωνία και η έρευνα για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Εταιρείας σε δεδομένα που έχουν ληφθεί κατά την συμμετοχή των Υποκειμένων στο πρόγραμμα της τελευταίας. Στον σκοπό επεξεργασίας συμπεριλαμβάνεται και αποστολή ενημερώσεων για τυχόν επιπρόσθετες υπηρεσίες της Εταιρείας.

Στο πλαίσιο αυτό, **δηλώνω** ότι **ενημερώθηκα** για τον **σκοπό επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων** (ονοματεπώνυμο, τηλέφωνο φύλο, ηλικία, όνομα πατρός, διεύθυνση κατοικίας, αριθμός δελτίου ταυτότητας).

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τα παρακάτω :

- Συναινώ στη λήψη, χρήση και κοινοποίηση τυχόν φωτογραφιών, βιντεοσκοπήσεων, ηχογραφήσεων, ή οποιοδήποτε άλλου οπτικοακουστικού υλικού από την συμμετοχή μου στο πρόγραμμα “Just Walk”.
- Συναινώ στην αποστολή ενημερώσεων από την εταιρεία για τις δράσεις του προγράμματος «Just Walk».
- Συναινώ στην αποστολή ανατροφοδότησης από την πρόοδο μου στο πρόγραμμα «Just Walk».



### **Συναίνεση για ανήλικο τέκνο**

Εκφράζω ελεύθερα την βούληση μου για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα του ανήλικου τέκνου για τους σκοπούς επεξεργασίας που αναφέρονται στο παρόν και στην πολιτική απορρήτου της Εταιρείας την οποία έλαβα γνώση και συγκεκριμένα:

- Συναινώ στη χρήση και λήψη τυχόν φωτογραφιών, βιντεοσκοπήσεων, ηχογραφήσεων, ή οποιοδήποτε άλλου οπτικοακουστικού υλικού από την συμμετοχή του ανήλικου τέκνου μου..... στο πρόγραμμα “Just Walk”.
- Συναινώ στην κοινοποίηση φωτογραφικού υλικού, όπου απεικονίζεται το ανήλικο τέκνο μου....., με σκοπό τη διαφήμιση του προγράμματος «Just Walk».

Αθήνα, \_\_/\_\_/2023

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντα

Υπογραφή Συμμετέχοντα



## **ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ**

Παρακαλώ, όπως διαβάσετε τις παρακάτω αναφορές προσεκτικά:

Σε αυτή τη δήλωση, ο όρος “Just Walk” αναφέρεται στην εταιρεία “Just Walk! Inc.” (“Walk with a Doc”), στα μέλη της, τους διευθυντές της, τους διαχειριστές της, τους υπαλλήλους της, τους πράκτορες της, τους εθελοντές της, τους χορηγούς της, τους αντιπροσώπους της, και σε κάθε άλλο πρόσωπο ή οντότητα της οποίας η περιουσία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέρος του προγράμματος “Just Walk”.

- Το “Just Walk” είναι ένα μη ανταγωνιστικό πρόγραμμα σχεδιασμένο να παρέχει γενικές πληροφορίες σχετικά με την υγεία και μέτριας δυσκολίας φυσική άσκηση σε ένα υποστηρικτικό ομαδικό περιβάλλον. Με αυτή τη δήλωση δηλώνω ρητά πως έχω επαρκή και κατάλληλη φυσική κατάσταση για την συμμετοχή μου στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και έχω συμβουλευτεί τον ιατρό μου ή κάποιον άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με την ικανότητα της συμμετοχής μου στο πρόγραμμα “Just Walk”.
- Κατανοώ πως το πρόγραμμα “Just Walk” δεν δύναται να εγγυηθεί για την ασφάλεια μου κατά τη διάρκεια συμμετοχής μου (στο πρόγραμμα). Κατανοώ πως η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα, δύναται να με εκθέσει σε κινδύνους, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας σοβαρού τραυματισμού, αρρώστιας ή θανάτου, από τους παρακάτω – αλλά όχι αποκλειστικούς – κινδύνους: i) κίνηση οχημάτων, πτώσεις – πεσίματα και άλλους κινδύνους που δύναται να προκύψουν από το περπάτημα σε διάφορα μέρη, επαφή με ζώα, έκθεση σε επικίνδυνα καιρικά φαινόμενα, ii) τραυματισμός από το περπάτημα, ή από καιρικά φαινόμενα, iii) από την έκθεση σε μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. Covid-19) ακόμη και όταν τηρούνται αυξημένα πρωτόκολλα ασφαλείας. Με τη παρούσα δήλωση αναγνωρίζω πως εθελούσια αναλαμβάνω τους προαναφερθέντες κινδύνους.



- Ιατρικές και υγειονομικές συμβουλές - πληροφορίες θα δίνονται κατά τη διάρκεια των εκδηλώσεων του προγράμματος “Just Walk”. Κατανοώ πως αυτές οι ιατρικές συμβουλές -πληροφορίες θα δίνονται ως γενικές συμβουλές (σε δημόσιο χώρο), και δεν θα έχουν ως σκοπό να αναπληρώσουν συμβουλές ή γνωματεύσεις από τον προσωπικό/ούς ιατρό/ούς που έχουν δοθεί σε εμένα. Για οποιοδήποτε θέμα αφορά την υγεία μου κατανοώ πως θα πρέπει να απευθυνθώ σε ειδικό ιατρό και πως οι συμβουλές των ιατρών του προγράμματος “Just Walk”, σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τις συμβουλές και γνωματεύσεις των ειδικών ιατρών.
- Κατανοώ πως είναι υποχρέωσή μου να προστατεύσω την ιδιοκτησία μου, κατά τη διάρκεια της συμμετοχής μου στο πρόγραμμα “Just Walk” και πως η διοργανώτρια εταιρεία (“Health Entropy Projects”) και κάθε συμβαλλόμενο μέρος της, δεν δύναται να θεωρηθεί υπεύθυνη για τυχόν ζημίες και απώλειες που δύναται να λάβουν χώρα εις βάρος της ιδιοκτησίας μου.
- Λόγω της φύσεως του προγράμματος και λόγω της συμμετοχής ιατρών, η εν γένει οργάνωση του προγράμματος, αλλά και η λειτουργία του έχει γίνει και πραγματοποιείται σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.
- Δηλώνω πως έχω πλήρως διαβάσει και κατανοήσει τη συγκεκριμένη Δήλωση.

Λαμβάνοντας υπόψιν τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα “Just Walk”, στον βαθμό που επιτρέπεται από το Νόμο, εγώ, οι κληρονόμοι μου, οι εκτελεστές της διαθήκης μου, οι διαχειριστές, οι διάδοχοί μου, κτλ, δηλώνω πως παραιτούμαι/-μεθα και απαλλάσσω/-ουμε από τυχόν αξιώσεις, ευθύνες, απαιτήσεις, ζημίες και εν γένει οποιεσδήποτε αξιώσεις σχετικά με θάνατο, τραυματισμό, αρρώστιες, απώλεια δουλειάς, ή ζημία της ιδιοκτησίας/περιουσίας, όπως αυτές προκύψουν από τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα “Just Walk”, ακόμη και αξιώσεις για αμέλεια.



Συμφωνώ να μην υποβάλω κάποια από τις ανωτέρω αξιώσεις τόσο κατά της αμερικανικής εταιρείας Walk with a Doc / Just Walk όσο και κατά της Health Entropy Projects. Σε περίπτωση παράβασης αυτής της δήλωσης, υποχρεούμαι να καλύψω τυχόν έξοδα που θα προκύψουν – συμπεριλαμβανομένων των εξόδων δικηγόρου.

Αθήνα, \_\_/\_\_/2023

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντα

Υπογραφή Συμμετέχοντα