



27/04/21

ΠΡΟΣ: Όλα τα μέλη του ΚΕΒΕ

ΘΕΜΑ: Ανακοίνωση Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων αναφορικά με την προσκόμιση αποδεικτικών/πιστοποιητικών/βεβαιώσεων για COVID-19

Αγαπητά μέλη,


Μπορείτε να βρείτε [ΕΛΩ](#) ανακοίνωση της Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων αναφορικά με την προσκόμιση αποδεικτικών/πιστοποιητικών/βεβαιώσεων για COVID-19, και στην οποία τονίζεται ότι οι εργοδοτούμενοι που έχουν υποχρέωση να κατέχουν πιστοποιητικά αρνητικού rapid Test ή PCR, οφείλουν να ενημερώνουν τον εργοδότη τους για το αποτέλεσμα της εξέτασης.

**Μετά από σχετική επικοινωνία του ΚΕΒΕ με την Επίτροπο, μας διευκρινίστηκε ότι ο εργοδότης μπορεί να ζητήσει (χωρίς να επιβάλει) από τον εργοδοτούμενο να του παρουσιάσει το αποδεικτικό εξέτασης test προκειμένου να καταγράψει τα απαραίτητα στοιχεία, δεν έχει ωστόσο δικαίωμα να κρατήσει αντίγραφο.**

Ως εκ τούτου και με βάση τα πιο πάνω το ΚΕΒΕ εισηγείται τη δημιουργία ενός αρχείου το οποίο οι εργαζόμενοι μπορούν να υπογράφουν, βεβαιώνοντας με αυτό τον τρόπο τον εργοδότη για το πότε υπεβλήθησαν σε rapid test ή/και PCR Test, και ότι το αποτέλεσμα αυτού ήταν αρνητικό (σχετικός προτεινόμενος πίνακας επισυνάπτεται).

Τέλος, σημειώνουμε ότι σύμφωνα με το τελευταίο διάταγμα για τα μέτρα κατά της εξάπλωσης του Κορωνοϊού (διάταγμα (αρ. 14) του 2021), εργαζόμενοι οι οποίοι είτε κατέχουν έγκυρο πιστοποιητικό εμβολιασμού από τη Δημοκρατία, έχουν ολοκληρώσει το εμβολιαστικό σχήμα και έχει παρέλθει το απαιτούμενο χρονικό διάστημα όπως καθορίζεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες εκδίδονται από το Υπουργείο Υγείας, είτε έχουν διαγνωστεί θετικοί στην ασθένεια του COVID-19 και δεν έχει παρέλθει διάστημα έξι μηνών από την ημερομηνία δειγματοληψίας της αρχικής εργαστηριακής διάγνωσης με την οποία διαγνώσκονται θετικοί, εξαιρούνται της υποχρέωσης διενέργειας εξέτασης ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου για την ασθένεια του COVID-19.

Με εκτίμηση,



Γιόργος Περατικός  
Ανώτερος Λειτουργός

Για Γενικό Γραμματέα

Company Logo

# Αρχείο Διενέργειας Rapid/PCR Test

Εβδομάδα/Ημερομηνία: (πχ 10/05/21 – 14/05/21)

**\*Υπογράφοντας δηλώνετε υπεύθυνα ότι η εξέτασή σας είναι αρνητική**

No.	Όνοματεπώνυμο	Ημερομηνία διενέργειας test	Rapid Test (✓)	PCR Test (✓)	Αριθμός Test	Υπογραφή
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						