|  |  |
| --- | --- |
| **Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim** |  |
| **NIP: 647-18-39-389, REGON: 000312455, KRS: 0000010918,****ul. 26 Marca 51, 44-300 Wodzisław Śląski** |
| **Wodzisław Śląski, dnia r.**  |

**UPOWAŻNIENIE nr**

**do przetwarzania danych osobowych**

1. Upoważniam Pana/Panią

………………………………………………………..…..

do przetwarzania danych osobowych, w celach związanych z wykonywaniem obowiązków na stanowisku:

……………………………………………………..……..

w zakresie pełnionych obowiązków służbowych na zajmowanym stanowisku, w kategorii:

(zakres upoważnienia: wskazanie kategorii danych, które może przetwarzać określona w upoważnieniu osoba, lub rodzaj czynności/operacji, jakich może dokonywać na danych osobowych)

**danych osobowych zwykłych, tj.:**

* dane teleadresowe (adres, numer telefonu, adres e-mail),
* numery identyfikacyjne ( PESEL, NIP, numer dokumentu tożsamości),
* dane dotyczące wykształcenia i zatrudnienia (informacje o wykształceniu, historii zatrudnienia, wynagrodzeniu),
* wizerunek i głos (przetwarzane w systemach monitoringu wizyjnego i rejestracji połączeń telefonicznych).

W zakresie: wglądu, wprowadzania, udostępniania, modyfikacji, archiwizacji, usuwania\*.

**szczególnych kategorii danych osobowych, tzw. wrażliwych, tj. informacji o stanie zdrowia, w tym:**

* + - informacji o aktualnym stanie zdrowia,
* informacji o przebytych chorobach,
* informacji o nosicielstwie chorób,
* informacji o zastosowanym leczeniu ( w tym odbywaniu hospitalizacji),
* wyniki badań diagnostycznych,
* informacje dotyczące diet,
* wyniki uzyskane w skalach stosowanych w medycynie,
* grupa krwi, iloraz inteligencji.

W zakresie: wglądu, wprowadzania, udostępniania, modyfikacji, archiwizacji, usuwania\*.

Jednocześnie, wraz z nadanym upoważnieniem, zobowiązuję Pana/Panią do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych ze szczególnym uwzględnieniem Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) i Ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2018 poz. 1000 ze zm.) oraz wprowadzonych i wdrożonych do stosowania przez Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim, procedur postępowania i wewnętrznych polityk.

Niniejsze upoważnienie traci moc najpóźniej z dniem odwołania albo rozwiązania lub wygaśnięcia umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy cywilnoprawnej łączącej Pana/Panią ze Szpitalem Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim.

Niniejsze upoważnienie nie uprawnia do udzielania dalszych upoważnień.

*……….……….................... ……….………...............................*

 Miejscowość, data (pełnomocnik Administratora)

**OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI**

W związku z udzielonym mi powyżej upoważnieniem do przetwarzania osobowych, niniejszym zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia stosowanych przez Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim zarówno w trakcie trwania umowy, jak również po jej ustaniu

Przyjął:

………....................................................

(data i podpis osoby upoważnionej)

\* niepotrzebne skreślić