

Załącznik nr 3  
Do Procedury zgłoszeń wewnętrznych  
w Powiatowym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej  
w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim

## ZGODA NA UJAWNIE NIE TOŻSAMOŚCI SYGNALISTY

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Adres e-mail lub numer telefonu

wyrażam zgodę na ujawnienie moich danych osobowych, pozwalających na ustalenie mojej tożsamości, osobom nieupoważnionym przez podmiot prawny. Przyjmuję do wiadomości, że wyrażenie zgody jest dobrowolne a zgoda może być wycofana w dowolnym momencie; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.

Oświadczenie sygnalisty:

Przyjmuję do wiadomości, że:

- wyrażona zgoda nie dotyczy sytuacji, w której ujawnienie jest koniecznym i proporcjonalnym obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa w związku z postępowaniami wyjaśniającymi prowadzonymi przez organy publiczne lub postępowaniami przygotowawczymi lub sądowymi prowadzonymi przez sądy, w tym w celu zagwarantowania prawa do obrony przysługującego osobie, której dotyczy zgłoszenie, zostałam/em poinformowana/y, że ujawnienie moich danych osobowych w takim przypadku, wiąże się z możliwością identyfikacji mojej tożsamości przez organy, instytucje i reprezentujące je osoby, którym zostanie przekazane zgłoszenie/do których zostanie złożone zawiadomienie/zainicjowane postępowanie lub inne działanie/w związku z podejmowanymi działaniami następczymi;
- zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku, gdy wyrażę zgodę na ujawnienie mojej tożsamości osobom nieupoważnionym przez podmiot prawny, dane będą mogły zostać udostępnione osobom nieupoważnionym przez podmiot prawny, tj. osobom wskazanym w zgłoszeniu lub osobom, których dotyczy zgłoszenie (przy realizacji obowiązku informacyjnego z art. 14 RODO przez podmiot prawny lub przy realizacji prawa tych osób dostępu do ich danych osobowych z art. 15 RODO).

.....  
(czytelny podpis)