|  |  |
| --- | --- |
|  **Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim** |  |
| **Klauzula informacyjna dla pracowników**  |

1. Administratorem danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim, ul. 26 Marca 51,

44-300 Wodzisław Śląski, NIP: 647-18-39-389, REGON: 000312455, KRS: 0000010918.

1. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora możliwy jest pod adresem e-mail – iod@zoz.wodzislaw.pl.
2. Podane dane osobowe przetwarzane są w celu:
	1. realizacji umowy o pracę, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO;
	2. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z realizacją stosunku pracy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO;
	3. kontaktu z osobą której dane dotyczą w związku z wykonywanymi przez nią obowiązkami służbowymi, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO.
3. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest obowiązkowe, a w pozostałym dobrowolne, jednak brak ich podania w zakresie niezbędnym do zawarcia umowy o pracę będzie skutkował niemożliwością kontynuowania stosunku pracy.
4. Podane dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa regulującymi zasady prowadzenia dokumentacji kadrowej a w przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody osoby której dane dotyczą przez czas trwania stosunku pracy.
5. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, takim jak instytucje państwowe, banki, towarzystwa ubezpieczeniowe jedynie na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
6. Podane dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
7. Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania
i prawo do ograniczenia przetwarzania danych, a w zakresie, w którym przepisy prawa nie stanowią inaczej również prawo do ich usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
8. Osoba, której dane dotyczą posiada prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna,
iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zgoda na przetwarzanie danych kontaktowych (nieobowiązkowa).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących dane kontaktowe:

numer telefonu:

adres poczty elektronicznej:

przez Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim w celach związanych z wykonywaniem obowiązków służbowych.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_

Opracowano: S&P Robert Socha