

**Klauzula informacyjna dla osób odbywających praktykę w Powiatowym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim**

W związku z prowadzoną polityką ochrony danych osobowych, zgodną RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r informuję się, że:

**I. Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie/jest Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.** Z Administratorem można skontaktować się pisząc na adres: Ul. 26 Marca 51 44-300 Wodzisław Śląski lub telefonując pod numer: (32) 45-91-825.

**II. W PPZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu powołany został Inspektora Ochrony Danych Osobowych,** który zgodnie z RODO jest osobą nadzorującą przestrzeganie zasad ochrony danych w podmiocie. Z IODO można skontaktować się pisząc na adres e-mail, bądź telefonicznie:

David Kowalski, E-mail: [abi@zoz.wodzislaw.pl](mailto:abi@zoz.wodzislaw.pl), tel. (32) 45-91-744 lub 790-229-448.

**III. Cele przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:**

Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe, aby:

1. Zawrzeć i realizować umowę lub porozumienie zawarte z Panem/Panią lub innym podmiotem dotyczące odbywania praktyki w PP ZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.
2. Wypełniać nasze obowiązki prawne i uprawnienia związane z realizacją praktyki wynikające z przepisów dotyczących prowadzenia praktyki.
3. Wypełniać nasze obowiązki dotyczące Pani/Pana, wynikające z przepisów o podatkach, rachunkowości.
4. Zapewniać bezpieczeństwo na terenie obiektów użytkowanych przez PP ZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, w tym bezpieczeństwa informacji, poprzez kontrolę dostępu i monitoring.

**IV. Podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:**

Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe na podstawie:

- 1) tego, że są niezbędne do zawarcia i realizacji umowy lub porozumienia dotyczącego odbywania przez Panią/Pana praktyki (art.6 ust.1 lit b) RODO);
- 2) odpowiednich przepisów prawa:
  - ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe,
  - ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym,
  - ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o praktykach absolwenckich,
  - ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
  - ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa,
  - ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
  - ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
- 3) naszych prawnie uzasadnionych interesów - monitoring (art.6 ust.1 lit f) RODO);
- 4) Pani/Pana zgody (art.6 ust.1 lit a) RODO);
- 5) Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych wynika w szczególności z przepisów prawa wskazanych powyżej. Konsekwencją nie podania wskazanych danych osobowych może być odmowa przyjęcia na praktykę.

## **V. Odbiorcy Pani/Pana danych osobowych:**

Będziemy przekazywać Pani/Pana dane osobowe:

1. Podmiotom przetwarzającym, w związku z realizacją umów zawartych przez PP ZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, w ramach których zostało im powierzone przetwarzanie danych osobowych, w tym np. dostawcom usług IT. Takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z nami i tylko zgodnie z naszymi poleceniami.
2. Podmiotom, którym PP ZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim udostępnia dane osobowe niezbędne do świadczenia usług na rzecz PP ZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim na podstawie zawieranych umów.
3. Naszym kontrahentom (usługodawcom, klientom) w związku z wykonywaniem przez Panią/Pana obowiązków powierzonych w ramach prowadzonej praktyki.

## **VI. Prawnie uzasadnione interesy realizowane przez PP ZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim - jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust.1 lit.f.**

Zakres danych osobowych przetwarzanych poprzez kontrolę dostępu oraz monitoring w PP ZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim podyktowany jest obowiązkiem zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa na terenie obiektów użytkowanych przez nasze jednostki organizacyjne.

## **VII. Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych.**

Pani/Pana dane będziemy przechowywać zgodnie z okresem wynikającym z ustaw.

## **VIII. Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych.**

Przysługują Pani/Panu następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

- 1) prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych;
- 2) prawo żądania sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
- 3) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 4) prawo do wycofania zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych;
- 5) prawo żądania usunięcia Pani/Pana danych osobowych - jeżeli podstawą ich przetwarzania nie jest obowiązek prawny;
- 6) prawo żądania ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
- 7) prawo wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację – w przypadkach, kiedy przetwarzamy Pani/Pana dane na podstawie naszego prawnie uzasadnionego interesu,
- 8) prawo do przenoszenia Pani/Pana danych osobowych, tj. prawo otrzymania od nas Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie informatycznym nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych lub zażądać, abyśmy przesłali te dane do innego administratora. Jednakże zrobimy to tylko, jeśli takie przesłanie jest technicznie możliwe. Prawo do przenoszenia danych osobowych przysługuje Pani/Panu tylko co do tych danych, które przetwarzamy na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy lub porozumienia prowadzenia praktyki lub na podstawie Pani/Pana zgody.

## **IX. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.**

Nie dotyczy

.....  
Podpis

Imię (imiona) i nazwisko:

Nazwa placówki kierującej na praktykę

Typ praktyki  Dane kontaktowe

Nazwa podstawowej komórki organizacyjnej:

Rozpoczęcie praktyki data od:  data do:

Podpis opiekuna praktyk studenckich

Podpis ADO - Dyrektora Szpitala

#### OŚWIADCZENIA PRACOWNIKA

Oświadczam, że zostałam/em zapoznana/y z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia z dnia 27 kwietnia 2016r. o ochronie danych osobowych, wydanych na jego podstawie aktów wykonawczych oraz dokumentów wewnętrznych obowiązujących w Szpitalu Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim.

Oświadczam, iż zostałam/em zapoznana/y z przepisami dotyczącymi ochrony sygnalistów, w szczególności Ustawy z dnia 14 czerwca 2024r. o ochronie sygnalistów, wydanego na jej podstawie Regulaminu zgłaszania naruszeń prawa i ochrony sygnalistów.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o celu, zakresie oraz sposobie monitoringu wizyjnego stosowanego w placówkach Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim, a także uregulowaniach obowiązujących w tej mierze, wyrażam zgodę na nagrywanie mojego wizerunku zgodnie z powyższymi zasadami.

Zobowiązuję się do:

a)  zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których mam lub będę miał/a dostęp, również po ustaniu wiążącej mnie umowy ze Szpitalem Powiatowym w Wodzisławiu Śląskim

b)  zachowania w tajemnicy informacji o ich zabezpieczeniu,

c)  niewykorzystywania danych osobowych w celach pozaumownych, o ile nie są jawne,

d)  przestrzegania regulaminów wewnętrznych i przepisów ogólnych dot. ochrony danych osobowych,

e)  przestrzegania regulaminów wewnętrznych i przepisów ogólnych dot. zgłaszania naruszeń prawa i ochrony sygnalistów,

Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami, może być uznane przez Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim za naruszenie warunków umowy lub ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych w rozumieniu art. 52 § 1 pkt 1 Kodeksu Pracy - o ile dotyczy.

Potwierdzam otrzymanie informacji zgodnie z Obowiązkiem informacyjnym art. 13 RODO, w zakresie moich praw wynikających z rozporządzenia, w tym prawa do kontroli, modyfikacji i usunięcia danych.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacje, których ujawnienie mogłoby narazić organizatora praktyk na szkodę, przestrzegać tajemnicy określonej w odrębnych przepisach, w tym w szczególności Ustawy s dnia 6 listopada 2008r., o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Podpis praktykantki/praktykanta