

**UPOWAŻNIENIE DO  
PRZETWARZANIA DANYCH  
OSOBYWYCH**



Szpital Powiatowy w  
Wodzisławiu Śląskim

Imię (imiona) i nazwisko:

Numer prawa wykonywania zawodu  PESEL

Stanowisko pracy / nr lub data umowy

Nazwa podstawowej komórki organizacyjnej:

Inne komórki organizacyjne dot. dyżurów,  
konsultacji, opisów wyników badań itp.

Okres ważności od:  Data do:

Dostęp do dokumentacji:  medycznej  administracyjnej

Dostęp do sieci rozległej WAN (uzupełnia ASI)  pełny  ograniczony  brak

Identyfikator Część biała  Część szara

Podpis kierownika kom. org.

Podpis ASI

Podpis ADO

**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,
- f)  korzystania z wyposażenia IT (będącego własnością ADO) oraz oprogramowania wyłącznie w związku z wykonywaniem obowiązków pracowniczych,
- g)  wykorzystywania jedynie legalnego oprogramowania pochodzącego od Pracodawcy,
- h)  należytej dbałości o wyposażenie IT, które otrzymała/łem do użytkowania lub do którego otrzymam dostęp.

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.

Podpis pracownika

**COFNIĘCIE UPOWAŻNIENIA  
DO PRZETWARZANIA DANYCH  
OSOBOWYCH**

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL

Stanowisko pracy/Nr/Data umowy  
świadczenia usług

Nazwa podstawowej komórki organizacyjnej:

Inne komórki organizacyjne dot. dyżurów,  
konsultacji, opisów wyników badań itp.

Data wycofania Upoważnienia do przetwarzania danych osobowych:

Podpis kierownika kom. org.

Podpis ASI

Podpis ADO

Wydano na podstawie: art. 29 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) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO (GDPR) oraz Art. 24 ust. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta