

1. Upoważniam Panią/Pana:

/

do dostępu w Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o. (CZM) do następujących danych osobowych:

(w tym szczególnych kategorii danych) osób stawiających się w charakterze stron i świadków na posiedzeniach zespołu przyjmującego zgłoszenia naruszeń prawa oraz dokumentów zawierających dane osobowe wskazane w zgłoszeniu lub pozyskane w trakcie jego rozpatrywania

2. Okres trwania upoważnienia: od dnia

do czasu zakończenia udziału w pracach Zespołu ds.
zgłaszania naruszeń

Wystawił: _____

(podpis Administratora Danych Osobowych)

OŚWIADCZENIA

3. Oświadczam, iż 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 Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o.

4. Oświadczam, iż zostałam/em zapoznana/y z przepisami dotyczącymi zgłaszania naruszeń prawa i ochrony sygnalistów, w tym Ustawy o ochronie sygnalistów z dnia 14 czerwca 2024r. oraz wewnętrznymi procedurami zgłoszeń naruszeń prawa i ochrony sygnalistów w Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o.

5. Zobowiązuję się do:

a) zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których mam lub będę miał/a dostęp, również po zakończeniu prac w ramach Zespołu ds. zgłaszania naruszeń prawa lub ustaniu wiążącej mnie umowy z CZM,

b) zachowania w tajemnicy informacji o ich zabezpieczeniu,

c) niewykorzystywania danych osobowych w celach innych niż prace Zespołu ds. zgłaszania naruszeń prawa

d) przestrzegania regulaminów wewnętrznych i przepisów ogólnych dot. ochrony danych osobowych, zgłaszania naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów.

6. Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami, może być uznane przez CZM za ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych w rozumieniu art. 52 § 1 pkt 1 Kodeksu Pracy - o ile dotyczy

podpis pracownika Działu
Zarządzania Zasobami Ludzkimi

podpis IOD

podpis osoby upoważnionej