

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NARUSZENIA PRAWA

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZGŁOSZENIE – SYGNALISTY*

Imię i nazwisko	
Nazwa stanowiska służbowego	
Komórka organizacyjna	
Telefon kontaktowy / adres email	
Opis naruszenia prawa wraz z uzasadnieniem i wskazaniem okoliczności faktycznych.	Data/termin zdarzenia (jeżeli dotyczy)

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego umieszczonej na stronie internetowej Administratora lub w siedzibie Administratora, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Ponadto Administrator poinformował mnie, że niniejsza zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia w tej samej formie, w jakiej zgoda została wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych.

Wycofuję zgodę na przetwarzanie danych osobowych

* W przypadku woli przekazania zgłoszenia anonimowego, wskazanych danych osobowych nie należy podawać. Sposób przetwarzania danych osobowych w celu rozpatrzenia zgłoszenia został zawarty w Klauzuli informacyjnej dla sygnalistów – dostępnej na stronie internetowej www.szpital-mikolow.com.pl w zakładce RODO lub do wglądu u Inspektora Ochrony Danych lub Przewodniczącego Zespołu przyjmującego zgłoszenie.

Mikołów dn.:

podpis