

1. Upoważniam Panią/Pana:

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

--	--	--

2. Wskazanie systemów informatycznych, do których udzielono dostępu przechowuje ASI

3. Wskazanie miejsca przetwarzania danych, do których nadane jest upoważnienie, zawarte jest w zakresie odpowiedzialności i uprawnień lub umowie pomiędzy upoważnioną/ym a CZM

4. Okres trwania upoważnienia: od dnia do

Wystawił: _____

(podpis Administratora Danych Osobowych)

OŚWIADCZENIA

5. 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.

6. 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

7. Zobowiązuję się do:

a) zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których mam lub będę miał/a dostęp, również po ustaniu wiążącej mnie umowy z CZM,

b) zachowania w tajemnicy informacji o ich zabezpieczeniu,

c) niewykorzystywania danych osobowych w celach pozaumownych,

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.

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

9. 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 IOD

podpis osoby upoważnionej

podpis pracownika Działu Zarządzania
Zasobami Ludzkimi