

Egzemplarz dla Uczelni
(należy złożyć w Dziekanacie Uczelni)

OŚWIADCZENIE

✓ Ja, niżej podpisany(a),
(imię i nazwisko) oświadczam, że:

Zostałem(am) zapoznany(a) z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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), oraz przepisami krajowymi, szczególnie ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych jak też wprowadzonymi i wdrożonymi do stosowania wewnętrznymi aktami normatywnymi, szczególnie „Polityką Bezpieczeństwa Danych Osobowych” wraz z procedurami wykonawczymi.

Zostałem(am) przeszkolony(a) w zakresie zabezpieczeń systemów informacyjnych, w szczególności zostałem(am) zapoznany(a) z „Polityką Bezpieczeństwa Danych Osobowych” oraz Procedurami do ww.

Jest mi znany zakres mojej odpowiedzialności za ochronę danych osobowych.

Zobowiązuję się przestrzegać wszelkich przepisów z zakresu ochrony danych osobowych oraz dołożyć szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane osobowe są dla mnie dostępne, a w szczególności nie ujawniać ich osobom do tego niepowołanym, zarówno w trakcie trwania stosunku pracy, jak i po jego wygaśnięciu.

Zapoznałem(am) się z materiałami szkoleniowymi i zostałem(am) przeszkolony/a z przepisami BHP obowiązującymi na terenie Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jana Pawła II i zobowiązuję się do ich stosowania.

Zapoznałem(am) się z materiałami szkoleniowymi z zakresu zapobiegania występowaniu zakażeń związanych z opieką medyczną /zakażeniami szpitalnymi.

Wykonując zadania w imieniu Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jana Pawła II, zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i ochrony informacji poufnych, których Administratorem jest Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II, zwane dalej Szpitalem, które pozyskałem(am) w związku z zadaniami wynikającymi z podjętej współpracy/umowy.

Przyjmuję do wiadomości, że:

Informacją poufną jest każda informacja za wyjątkiem informacji wyraźnie oznaczonej jako ogólnie dostępna, informacji udostępnionej publicznie lub informacji klasyfikowanej jako informacja publiczna. Szczególnie informacjami poufnymi są: dane medyczne, dane osobowe, informacje o środkach, środowisku i metodach pracy Szpitala, w tym informacje o procesach, politykach, procedurach i instrukcjach. Sposób przetwarzania ww. informacji nie wpływa na klasyfikację informacji jako poufnych.

2. Zobowiązanie do zachowania w tajemnicy i ochrony informacji poufnych rozumiane jest jako:

- a. Nieujawnianie stronom trzecim informacji poufnych oraz zachowanie staranności w działaniu w celu utrzymania ww. informacji w tajemnicy na czas trwania zajęć i po ich ustaniu.

- b. Niekopiowanie i niepowielanie informacji poufnych w celach innych, niż realizacja zadań będących przedmiotem współpracy/umowy.
 - c. Spełnienie ustawowych wymagań związanych z dostępem do danych (jeżeli zakres świadczonej usługi wiąże się z dostępem do danych osobowych: uczestnictwo w szkoleniu z tego zakresu oraz uzyskanie upoważnienia dostępu do tych danych przed realizacją usługi na rzecz Szpitala¹).
 - d. Zwrot Szpitalowi informacji poufnych łącznie z kopiami oraz usunięcie tych informacji z wszystkich systemów przetwarzania i przechowywania danych Przyjmującego zobowiązanie – za wyjątkiem sytuacji, w których przechowywanie kopii danych poufnych przez Przyjmującego zobowiązanie wynika z umowy i/lub odrębnych przepisów prawa.
3. Zobowiązanie do zachowania poufności jest wyłączone w stosunku do informacji poufnych, które muszą zostać ujawnione z tytułu orzeczenia sądu lub decyzji administracyjnej wydanej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, pod warunkiem, że Przyjmujący zobowiązanie jest stroną w postępowaniu przed sądem lub stroną decyzji administracyjnej zobowiązującej do wyjawienia informacji otrzymanych na podstawie niniejszego zobowiązania.
4. Zobowiązanie do zachowania poufności jest wyłączone w stosunku do osób, które wskaże na piśmie Szpital.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szpital moich danych osobowych z tytułu odbywania przeze mnie zajęć na terenie Szpitala. Zostałem poinformowany(a), że moje dane osobowe nie będą udostępniane i że mam prawo do wglądu do tych danych i żądania korekty w sytuacji, kiedy dane będą niezgodne ze stanem faktycznym. Zakres przetwarzanych danych jest ograniczony do danych niezbędnych do realizacji zajęć odbywanych w Szpitalu.



.....
data i podpis

potwierdzający: zapoznanie się z materiałem szkoleniowym, wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz przyjęcie powyższych zobowiązań (Zobowiązanie jest ważne od daty jego złożenia)

¹ Uczestnictwo w szkoleniu jest bezpłatne, nie wlicza się również w czas i zakres świadczenia usługi dla Jednostki.