

**UWAGA: formularz drukować dwustronnie**

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62	Upoważnienie nr ...../ 201.....r.
---	-----------------------------------

*wypełnia osoba merytorycznie odpowiedzialna za realizację umowy*

**Wnioskuje o nadanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych dla**

.....  
*Imiona, nazwisko*

.....  
*PESEL*

.....  
*Nazwa komórki organizacyjnej*

w zakresie (wgląd, edycja, .....)\*

niezbędnym do realizacji umowy ..... z dnia .....  
/rodzaj umowy np. o pracę, wolontariat, kontraktowa/

zawartej na okres od ..... do .....

Oświadczam, że wnioskowane uprawnienia są niezbędne do realizacji umowy. Zobowiązuję się powiadomić Administratora Bezpieczeństwa Informacji/ Pełnomocnika ds. Bezpieczeństwa o zakończeniu realizacji usługi przed terminem zakończenia umowy.

.....  
*podpis i pieczęć przełożonego/osoby nadzorującej*

.....  
*data*

**Oświadczam, że:**

1. Znana mi jest treść dokumentacji dotycząca bezpieczeństwa informacji obowiązującej w WWCoiT im. M. Kopernika w Łodzi w szczególności: Szczegółowej Polityki Bezpieczeństwa Informacji oraz Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym, procedur ZSZI, ustawy o ochronie danych osobowych.

**2. Zobowiązuję się do:**

- ✓ przestrzegania postanowień zawartych w w/w dokumentach,
- ✓ zachowania szczególnej dbałości o zachowanie: poufności, ochrony przed zniszczeniem, dostępem osób nieuprawnionych danych osobowych przetwarzanych w Centrum w dowolnej formie (papier, klisza, nośniki elektroniczne, magnetyczne, optyczne itp.)
- ✓ przetwarzania danych osobowych tylko i wyłącznie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji powierzonych mi zadań (określonym w umowie lub zakresie zadań i uprawnień),
- ✓ zapewnienia ochrony danych osobowych przed dostępem osób nieupoważnionych, ujawnieniem, zniszczeniem, nieuprawnioną modyfikacją,
- ✓ natychmiastowego zgłaszania przełożonemu lub ABI faktu naruszenia zabezpieczenia pomieszczenia, bezpieczeństwa zbioru, urządzenia lub systemu informatycznego w których przetwarzane są informacje o charakterze poufnym,
- ✓ niedostępnianiu nikomu oraz natychmiastowego zwrotu otrzymanych urządzeń uwierzytelniających (np. przepustka, karta, token, klucze) z chwilą zakończenia umowy lub na polecenie osób uprawnionych w Centrum,
- ✓ nie ujawniania i zachowaniu bezterminowo w tajemnicy informacji jakie uzyskam w trakcie wykonywania obowiązków na terenie Centrum dotyczących niezależnie od formy i źródła ich pozyskania:
  - a) danych osobowych,
  - b) haseł dostępu (np. do systemów informatycznych, urządzeń medycznych, pomieszczeń),
  - c) funkcjonowania systemów i urządzeń tzn. informacji technicznych, technologicznych, prawnych organizacyjnych dotyczących urządzeń, systemów informatycznych/teleinformatycznych (np. urządzenia, wyroby medyczne, sprzęt informatyczny),
- ✓ nie kopiowania / powielania ani w jakikolwiek inny sposób nie rozpowszechniania jakiegokolwiek części w/w informacji nie wnoszenia nośników zawierających informacje chronione po za obszar ich przetwarzania z wyłączeniem sytuacji, kiedy będzie to niezbędne do realizacji powierzonych mi zadań w sposób zgodny z obowiązującymi zasadami w Centrum,
- ✓ natychmiastowego zgłaszania przełożonemu faktu naruszenia: zabezpieczenia pomieszczenia, bezpieczeństwa zbioru danych osobowych, urządzenia lub systemu informatycznego w których przetwarzane są informacje o charakterze poufnym (w tym dane osobowe),

3. Zostałam/em poinformowana/y, że udostępnianie danych osobowych lub umożliwianie dostępu do nich osobie nieuprawnionej podlega sankcjom w szczególności przewidzianym w ustawie o ochronie danych osobowych.

**Zostałam/em poinformowany, że:**

1. Podanie moich danych osobowych jest niezbędne do realizacji umowy zawartej z Centrum,
2. Administratorem moich danych osobowych jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi z siedzibą w Łodzi, ul. Pabianicka 62,
3. Mam prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania,
4. Moje dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom
5. Treść niniejszego dokumentu jest mi znana. Potwierdzam odbiór upoważnienia.

.....  
*czytelny podpis osoby uzyskującej upoważnienie*

\* uzupełnić, niepotrzebne skreślić

**UPOWAŻNIENIE**

Zgodnie z art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r.

Panią/Pana: .....

**upoważniam do przetwarzania danych osobowych  
(wgląd, edycja, ..... )**

będących w posiadaniu WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi, w aktach, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych oraz w systemach informatycznych, także w przypadku przetwarzania danych poza zbiorem danych, **w zakresie niezbędnym do realizacji umowy /określonym w umowie i/lub zakresie zadań, odpowiedzialności i uprawnień/.**

Upoważnienie ważne jest od dnia ..... na czas realizacji umowy lub do chwili wycofania uprawnienia.

**Upoważnienie wygasa z chwilą zakończenia umowy z wyłączeniem sytuacji gdy następuje kontynuacja zatrudnienia (przedłużenie na podstawie aneksu lub kolejnej umowy).**

Łódź, dnia .....

.....  
osoba uprawniona do wydania upoważnienia