

**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 zgłoszenia 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 zgłoszenia 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