

KARTA OBIEGOWA

SZPITAL MIEJSKI W ZABRZU SP. Z O.O.
UL. ZAMKOWA 4, 41-803 ZABRZE

Imię i nazwisko	Data rozpoczęcia – zakończenia
Wolontariat	Nazwa komórki organizacyjnej

Rozpoczęcie		Zakończenie	
Nazwa komórki	Pieczęć i podpis	Nazwa komórki	Pieczęć i podpis
Kierownik Działu Kadr i Płac		Kierownik Działu Kadr i Płac	
Dział Kadr <i>Adm. Parter, p.1.16</i>		Dział Kadr <i>Adm. Parter, p.1.16</i>	
Naczelną Pielęgniarką <i>Adm. Parter, p. 1.15 godzina 11:00</i>		Naczelną Pielęgniarką <i>Adm. Parter, p. 1.15 godzina 11:00</i>	
Kierownik Oddziału		Kierownik Oddziału	
Inspektor BHP			
Inspektor PPOŻ/OC			
Pielęgniarka Epidemiologiczna			

.....
(imię i nazwisko wolontariusza)

Zabrze, dn.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku wykonywaniem przeze mnie wolontariatu w Szpitalu Miejskim w Zabrzu Sp. z o.o., ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze na potrzeby wykonywania czynności kadrowo-płacowych/ubezpieczeniowych związanych z łączącym mnie stosunkiem ze Szpitalem.

Niniejszym oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....
podpis wolontariusza

.....
(imię i nazwisko wolontariusza)

Zabrze, dn.

OŚWIADCZENIE WOLONTARIUSZA O ZAPOZNANIU SIĘ Z TAJEMNICĄ PRZEDSIĘBIORSTWA

Oświadczam, że jako wolontariusz Szpitala Miejskiego w Zabrzu Sp. z o.o. zobowiązuję się do zachowania tajemnicy zawodowej i nie rozpowszechniania bez zgody spółki, w jakiegokolwiek formie, wszystkich dostępnych mi informacji, do których miałem dostęp z tytułu wykonywania swoich obowiązków, zarówno w trakcie wolontariatu jak i po jego zakończeniu.

Informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa obejmują w szczególności poufne informacje i dane osobowe o pacjentach, dokumentację roboczą, zbiory korespondencji oraz inne akta obowiązujące w szpitalu oraz informacje dotyczące zasad organizacji pracy, sposobu prowadzenia działalności medycznej, a także „Informacje wewnętrznego użytku”, czyli informacje, których ujawnienie mogłoby wpłynąć na wartość rynkową, gospodarczą spółki, jej klientów oraz na majątek i bezpieczeństwo podmiotów nie będących kontrahentami szpitala.

Wolontariusz nie będzie rozpowszechniał wiadomości, których rozpowszechniania mogłoby naruszyć dobre imię lub interes szpitala lub jego klientów.

W przypadku rozwiązania bądź wygaśnięcia umowy Wolontariusz zobowiązuje się do zwrotu wszelkich dokumentów i innych materiałów dotyczących działalności szpitala, jaką sporządził, zabrał, opracował lub otrzymał w czasie trwania wolontariatu albo w związku lub przy okazji jego wykonywania, włączając w to ich kopie, zapisy, a także zapisy na innych nośnikach zapisu najpóźniej do dnia zakończenia praktyki.

Wolontariusz potwierdza niniejszym, że jest świadomy odpowiedzialności karnej i odszkodowawczej za czyny nieuczciwej konkurencji oraz w odrębnych przepisach, których ujawnienie mogłoby narazić szpital na szkodę.

.....
podpis wolontariusza

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych – dalej: RODO) zostałem poinformowany, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest **Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. z siedzibą w 41-803 Zabrze ul. Zamkowa 4, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach pod numerem KRS 0000328484, NIP 6482700583, REGON 241127857 – dalej: ADO;**
- 2) w sprawach dotyczących ochrony danych może Pani/Pan kontaktować się ze Szpitalem poprzez adres e-mail: iod@szpitalzabrze.pl lub pisać na adres ADO;
- 3) Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane od uczelni kierującej Pana/Panią na praktyki zawodowe i przetwarzane będą w celu realizacji umowy o praktyki studenckie oraz w celach wykonania obowiązków prawnych ADO - na podstawie art. 6 ust 1 pkt c RODO;
- 4) moje dane osobowe przetwarzane będą także w celach:
 - a) archiwalnych (dowodowych) na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez administratora (podstawa prawna z art. ust. 1 lit. f RODO); naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zabezpieczenie informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów;
 - b) zapewnienia bezpieczeństwa na terenie należącym do ADO, w tym bezpieczeństwa pracowników i pacjentów, ochrony mienia Administratora, *za pośrednictwem systemu monitoringu wizyjnego rejestrującego* wizerunek – obraz - utrwalony w chwili przebywania w miejscach objętych zasięgiem monitoringu, w tym Pani/Pana przemieszczania się oraz zachowania, *na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f. RODO;*
- 5) odbiorcą moich danych osobowych będą **upoważnieni przez Pracodawcę pracownicy/zleceniobiorcy oraz upoważnione osoby prowadzące sprawy kadrowe (w przypadku pracowników/zleceniobiorców/stażystów), a także podmioty współpracujące z Pracodawcą jak podstawowa jednostka służby medycyny pracy, upoważnione urzędy/instytucje/banki;**
- 6) moje dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym i do organizacji międzynarodowych;
- 7) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres:
 - a) **trwania praktyk oraz przez okres niezbędny do wykonania obowiązków administratora wynikających z umowy z uczelnią oraz obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o działalności leczniczej, ustawy prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z uwzględnieniem terminów przedawnienia ewentualnych roszczeń związanych z celem przetwarzania danych;**
 - b) nagrania monitoringu wizyjnego są przechowywane przez 10 dni od dnia nagrania. W przypadku, w którym nagrania obrazu pochodzące z monitoringu wizyjnego stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Pracodawca powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, nagrania obrazu będą przechowywane do czasu prawomocnego zakończenia postępowania. Po okresie przechowywania nagrań na nośnikach zarejestrowane dane są nadpisywane kolejnymi nagraniami, bez możliwości technicznego odzyskania;
- 8) w zakresie przewidzianym przepisami prawa posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu. Przysługuje mi również prawo do cofnięcia każdej udzielonej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 9) przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzoru (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 10) moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zabrze, dn.

.....
podpis wolontariusza

.....
(imię i nazwisko wolontariusza)

Zabrze, dn.

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU W TAJEMNICY I POUFNOŚCI

W związku z dopuszczeniem do przetwarzania danych osobowych oświadczam, że:

- Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z:
 - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 powszechnie obowiązujących przepisów prawa polskiego w zakresie ochrony danych osobowych,
 - Regulacji wewnętrznych Administratora Danych Osobowych obowiązujących w obszarze przetwarzania danych osobowych. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z wewnętrznymi regulacjami obowiązującymi u Administratora Danych Osobowych, w szczególności Polityką Ochrony Danych wraz z załącznikami.
- Będę wykorzystywać informacje, dokumenty i dane osobowe wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do należytego wykonywania powierzonych mi obowiązków.
- Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych poprzez ich ochronę w szczególności przed niepowołanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją i zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem, pozyskaniem lub utratą.
- Zobowiązuje się także do natychmiastowego informowania Administratora Danych Osobowych o wszelkich naruszeniach dotyczących ochrony danych osobowych, które będą mi znane.
- Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy z Administratorem jak i po jej zakończeniu, a także do zachowania w tajemnicy stosowanych przez Administratora Danych Osobowych sposobów ich zabezpieczeń. W szczególności nie będę rozpowszechniać, ujawniać, przekazywać informacji, dokumentów i danych osobowych jakkolwiek drogą na rzecz jakichkolwiek osób lub podmiotów trzecich, które nie są uprawnione do przetwarzania takich informacji, dokumentów lub danych osobowych objętych ochroną.
- Jestem świadomy/ma odpowiedzialności prawnej za niezgodne z przepisami unijnymi oraz polskimi przetwarzanie danych osobowych oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących u Administratora, kodeksu pracy, kodeksu cywilnego oraz przepisów unijnych oraz polskich w zakresie ochrony danych osobowych.

Oświadczam, że treść niniejszego oświadczenia jest mi znana i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Potwierdzam odbiór jednego egzemplarza niniejszego oświadczenia.

.....
podpis wolontariusza

Zabrze, dn.

UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnie rozporządzenie w ochronie danych osobowych) – nadaje Pani/Panu:

.....
imię i nazwisko

upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonywania obowiązków wolontariusza, tj. uzyskuje Pani/Pan upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w czynnościach przetwarzania (zbiorze danych):

REJESTR PACJENTÓW

Upoważnienie do przetwarzania danych w formie elektronicznej i papierowej, w tym w zakresie niezbędnym do obsługi systemu informatycznego i urządzeń wchodzących w jego skład w zakresie: zbierania, utrwalania, wprowadzania, wykorzystania, organizowania, porządkowania, przechowywania, przeglądania, modyfikacji, archiwizowania, pobierania, przeglądania, usuwania, niszczenia, ujawniania poprzez przesyłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie (niepotrzebne skreślić).

Zobowiązuje Panią/Pana do przetwarzania danych osobowych, zgodnie z udzielonym upoważnieniem oraz przepisami RODO, ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych a także Polityką bezpieczeństwa danych osobowych Szpitala Miejskiego w Zabrzu Sp. z o.o.

Jednocześnie upoważniam Panią/Pana do tworzenia /posiadania dla potrzeb wykonywanego wolontariatu zestawień, ewidencji oraz rejestru z danymi osobowymi, z zachowaniem pełnej ich ochrony.

Upoważnienie obowiązuje do dnia odwołania, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia wolontariatu w Szpitalu Miejskim w Zabrzu Sp. z o.o. Praktykant zobowiązany jest do zachowania poufności zarówno w trakcie jak i po wygaśnięciu upoważnienia oraz do przestrzegania zasad procedur ochrony danych osobowych obowiązujących w Szpitalu Miejskim w Zabrzu Sp. z o.o.

Nadanie nowego upoważnienia w okresie jego obowiązywania zastępuje w całości niniejsze upoważnienie.

Upoważnienie odebrałam/em:

.....
data i podpis wolontariusza

.....
podpis ADO lub osoby przez niego upoważnionej