

UPOWAŻNIENIE nr¹ /ABI

Z dniem² upoważniam Panią/Pana
odbywającego praktyki studenckie na podstawie umowy pomiędzy Uniwersytetem Medycznym w
Łodzi a Szpitalem z dnia **30 grudnia 2015r.**
do przetwarzania danych osobowych w zbiorze:

1. *Dane osobowe i medyczne pacjenta*

w tym również danych elektronicznych w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności
wynikających z ramowego programu zajęć praktycznych pod nadzorem opiekuna praktyk.

niniejsze upoważnienie jest ważne **przez czas trwania studiów zgodnie z planem studiów
przekazanym Szpitalowi przez Uniwersytet.**

Oświadczam, że zgodnie z art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych
osobowych (Dz.U. 2014 nr 0 poz. 1182) zobowiązuję się zachować w tajemnicy dane oraz
sposoby ich zabezpieczenia co do których dostęp i wiedzę uzyskałem w trakcie trwania praktyk
studenckich jak również po ich zakończeniu.

.....
podpis Administratora Danych Osobowych
lub osoby przez nią upoważnionej

.....
data i podpis

1. Wypełnia ABI szpitala,
2. Wypełnia ABI szpitala