

UPOWAŻNIENIE nr¹ /ABI

z dniem upoważniam Panią/Pana
odbywającego **staż kierunkowy** na podstawie umowy pomiędzy:
.....
a WSSz im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi z dnia
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 planu/harmonogramu stażu pod nadzorem opiekuna stażu.

Niniejsze upoważnienie jest ważne **przez czas trwania stażu**.

Oświadczam, że zgodnie z art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016 poz. 922 ze zmianami) zobowiązuję się zachować w tajemnicy dane oraz sposoby ich zabezpieczenia, co do których dostęp i wiedzę uzyskałem w trakcie trwania stażu, jak również po jego zakończeniu.

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

.....
data i podpis

Niniejszym potwierdzam zapoznanie się z Polityką Bezpieczeństwa Informacji, Instrukcją Zarządzania Systemami Informatycznymi obowiązującymi w szpitalu, odbiór loginu i hasła do systemów informatycznych².

.....
data i podpis

1 . Wypełnia ABI szpitala,
2 . Niepotrzebne skreślić.