

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu	FORMULARZ	P-15/F-04
	UPOWAŻNIENIE/POLECENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZENIEM NARUSZENIA PRAWA I PODEJMOWANIA DZIAŁAŃ NASTĘPCZYCH	Wersja I
		Strona 1 z 1

Lubliniec, dn.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu jako Administrator Danych Osobowych (ADO) na podstawie art. 29 i 32 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z 27.04.2016 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) - dalej RODO oraz Ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów, nadaje upoważnienie:

Pani/Panu

zatrudnionej/-emu na stanowisku:

w zakresie niezbędnym do rozpatrywania, opiniowania, wyjaśniania i weryfikacji zgłoszeń wewnętrznych oraz podejmowania działań następczych zgłoszeń naruszenia prawa wpływających do Administratora od Sygnalistów.

Upoważnienie obejmuje prawo do przetwarzania danych Sygnalistów oraz osób wskazanych w zgłoszeniach przekazywanych przez Sygnalistów w zakresie niezbędnym do realizacji procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych. Wskazane czynności będą realizowane z wykorzystaniem sprzętu oraz narzędzi udostępnionych przez Administratora. Upoważnienie obejmuje zbieranie danych, wgląd do danych, kopiowanie, przesyłanie, stosowanie pseudonimizacji, niszczenie po ustaniu przydatności.

Upoważnienie obowiązuje: od dnia do chwili podjęcia działań następczych.

Oświadczenie osoby upoważnionej:

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z politykami i procedurami ochrony danych osobowych, a także „Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych” obowiązującymi u Administratora i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w nich zawartych. Zobowiązuję się do zachowania wszelkich informacji chronionych, do których otrzymam dostęp, a także metod ich zabezpieczeń w poufności, także po ustaniu upoważnienia.

Oświadczam, że wykonując swoje obowiązki zapewnię należyłą poufność danych Sygnalisty oraz danych zawartych w zgłoszeniach, w szczególności stosując pseudonimizację podczas rozpatrywania zgłoszenia, aby zapewnić należyłą ochronę Sygnalisty. Zasadę poufności i pseudonimizacji będę stosować także w odniesieniu do danych osób, zawartych w zgłoszeniu, w celu umożliwienia skutecznego przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego.

.....
(Administrator)

.....
(podpis Upoważnionego)