OŚWIADCZENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRAKTYKANTÓW – STUDENTÓW

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, a osoba ją wyrażająca zostaje poinformowana o przysługującym jej prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie w sposób wolny od opłat poprzez złożenie oświadczenia wycofania zgody na e-mail: iodo@zoz.net.pl

Ja niżej podpisana/y ……
[imię i nazwisko / stanowisko]

1. Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r.

☐ Wyrażam ☐ Nie wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie do celów związanych z odbywaniem praktyki studenckiej przez personel Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji

mojego prywatnego numeru telefonu: ……

……
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a) RODO i art. 81 ust. 1 Ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r na rozpowszechnienie wizerunku:

☐ Wyrażam zgodę / zezwolenie ☐ Nie wyrażam zgody / zezwolenia

na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku jako danej osobowej w formie zdjęcia / fotorelacji - filmu celem budowania pozytywnego wizerunku firmy i utrzymywania biznesowych kontaktów związanych z działalnością Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji i upublicznienie go:

☐ na stronie www: https://zoz.net.pl/ ☐ materiały prasowe, kroniki;
☐ drukowanie materiałów informacyjnych; ☐ kampanie społeczne;
☐ na fanpage na FB i Instagram zarządzanymi przez podmiot medyczny[1]:

……
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

[1] Dane osobowe – wizerunek będzie przetwarzany poza Europejskim Obszarem Gospodarczym i UE.

Klauzula informacyjna do oświadczenia wyrażenia zgody

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. [RODO], informujemy, iż:

1.Administratorem jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji przy ulicy Chorzowskiej 38 (41-605) Świętochłowice. Kontakt tel.: +48 (32) 621 95 35 lub e-mail: sekretariat@zoz.net.pl

2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych na adres e-mail iodo@zoz.net.pl

3. Postawą prawną przetwarzania danych osobowych jest dobrowolnie wyrażona zgoda – art. 6 ust. 1, lit. a) RODO, natomiast w zakresie zgody na wykorzystanie wizerunku podstawą jest również art. 81 ust. 1 Ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r.

4. Podanie danych osobowych i wyrażenie zgody są dobrowolne. Brak wyrażenia zgody nie powoduje skutków prawnych dla osoby, której dane dotyczą.

5. Dane osobowe pozyskane na podstawie wyrażonej zgody będą przetwarzane do czasu jej wycofania, chyba, że administrator dokona wcześniej usunięcia tych danych wskutek ustania ich celu przetwarzania, w zależności, które ze zdarzeń nastąpi jako pierwsze. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania/ udostępnienia, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

6. Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty działające na odrębnych przepisach prawa jak organy kontrolne, nadzorcze, jeśli wykażą interes prawny w dostępie do tych danych lub te, z którymi administrator zawarł umowy powierzenia np. w zakresie obsługi teleinformatycznej.

7. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz do otrzymania ich kopii, prawo do sprostowania swoich danych, uzupełnienia, uaktualnienia i ich usunięcia oraz prawo ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych i prawo do przenoszenia danych. W celu zgłoszenia realizacji praw należy się kontaktować na dane podane w pkt. 1 lub 2 klauzuli.

8. Osobie, której dane dotyczą w związku z niezgodnym przetwarzaniem jej danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi bezpośrednio do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych [dane kontaktowe do UODO: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531-03-00, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl, infolinia 606-950-000].

9. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego poza obszar EOG lub organizacji międzynarodowej z wyjątkiem sytuacji, gdy osoba wyrazi zgodę na przetwarzanie jej danych osobowych poprzez social media na FB i Instagramie.

10. Dane nie są przetwarzane w sposób opierający się na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym w formie profilowania.

ZOZ Świętochłowice

Upoważnienie i polecenie do przetwarzania danych osobowych Nr …….

[dla osoby odbywającej praktykę studencką]

Działając na podstawie art. 29 i art. 32 ust. 4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej „RODO") niniejszym **upoważniam i udzielam polecenia do przetwarzania danych osobowych w formie tradycyjnej** (papierowej) Pani/Panu:

……..

[imię i nazwisko osoby upoważnionej]

odbywającemu/ej praktykę studencką na oddziale/ w komórce organizacyjnej:

……

a) do przetwarzania danych osobowych podstawowych Pacjentów;
b) do przetwarzania danych osobowych szczególnych kategorii określonych w art. 9 ust. 1 RODO odnoszących się do danych osobowych Pacjentów ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej;

Upoważnienie obejmuje zakres działań w ramach wykonywania praktyki studenckiej zgodnie z zawartą umową skierowania w/w osoby na praktyki ……..

……

[opis działań/czynności związanych z przetwarzaniem danych osobowych]

Upoważnienie nadaje się do zakończenia praktyki lub do odwołania w przypadku, gdy okres ten z innych powodów zostanie skrócony. Jednocześnie bieżące upoważnienie zostaje zawieszone w przypadku nieobecności przekraczającej 30 dni kalendarzowych. Po upływie w/w okresu nieobecności osoba upoważniona wykonując obowiązki wynikające z upoważnienia, otrzymuje nowe upoważnienie.

Równocześnie zobowiązuję Panią/ Pana do:

a) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących przetwarzanych danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia w trakcie trwania umowy o odbycie praktyki studenckiej jak również po jej ustaniu;
b) przetwarzania danych osobowych zgodnie z zasadami przetwarzania opisanymi w art. 5 RODO.

Ponadto informuję, że kto przetwarza dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo do ich przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch. Jeżeli czyn dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, danych genetycznych, danych biometrycznych przetwarzanych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej, danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat trzech (art. 107 ustawy o ochronie danych osobowych).

Świętochłowice, dn. …… ……

Podpis osoby uprawnionej do wydania upoważnienia

……..

Upoważnienie otrzymałam/em

Upoważnienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach – każdy na prawach oryginału, które otrzymują:

1. Osoba upoważniona
2. Administrator do dokumentacji zw. z praktykami

Oświadczenie upoważnionego

Ja niżej podpisany (na) oświadczam, iż:

1. Zostałem (-am) przeszkolony (-na) w zakresie ochrony danych osobowych i znana jest mi treść:

a) 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 (Dz.U.UE.L.2016, Nr 119, str. 1);

b) krajowych przepisów o ochronie danych osobowych oraz wprowadzonych i wdrożonych do stosowania przez Administratora Danych procedur i instrukcji w zakresie ochrony danych osobowych, a w szczególności „Polityki Ochrony Danych Osobowych".

2. Zobowiązuję się:

a) starannie i rzetelnie wykonywać wszystkie obowiązki wynikające z obowiązujących przepisów prawa i instrukcji wewnętrznych placówki leczniczej;

b) zachować w tajemnicy dane osobowe, do których mam lub będę miał/a dostęp w trakcie wykonywania swoich obowiązków w ramach praktyki studenckiej, a ponadto nie przetwarzać danych osobowych uzyskanych w trakcie wykonywania tych obowiązków po ustaniu /odwołaniu Upoważnieni;

c) chronić dane osobowe, które gromadzę i przetwarzam przed dostępem do nich osób do tego nieupoważnionych, zabezpieczać je przed zniszczeniem i nielegalnym ujawnieniem;

d) nie wykorzystywać w celach innych niż potrzebne do prawidłowego wykonywania powierzonych mi obowiązków w ramach praktyki studenckiej, jakichkolwiek danych osobowych jakie gromadzę lub przetwarzam;

e) zachować w tajemnicy informacje o sposobach zabezpieczenia danych osobowych;

f) zgłaszać przypadki zagrożeń i incydentów związanych z ochroną danych osobowych do Inspektora ochrony danych na maila: iodo@zoz.net.pl

Przyjmuję do wiadomości, iż za postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami, naruszenie, zaniechanie działań oraz szkody poniesione przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji, powstałe w związku z naruszeniem obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych, ponoszę odpowiedzialność karną i cywilną na zasadach ujętych w odpowiednich przepisach, w tym ustawy o ochronie danych osobowych (art. 107).

.....
[podpis upoważnionego- czytelnie]

KLAUZULA INFORMACYJNA

Informacja Administratora Danych - Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji dotycząca przetwarzania danych osobowych studentów skierowanych na praktyki studenckie na podstawie art.14 ust.1 i 2 RODO.	
Administrator danych	Administratorem danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji z siedzibą przy ul. Chorzowskiej 38 w Świętochłowicach [kod pocztowy: 41-605] (zwana dalej Podmiotem leczniczym). Kontakt z administratorem poprzez adres email: sekretariat@zoz.net.pl lub telefonicznie pod numerem: (+48) [32] 621 95 35 lub pisemnie na adres wskazany powyżej.
Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych	Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email: iodo@zoz.net.pl lub pisemnie na adres Podmiotu leczniczego wskazany powyżej z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych". Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych.
Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach niezbędnych do realizacji przepisów prawa, w tym związanych z realizacją umowy zawartej pomiędzy Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji a Uczelnią, kierującą Panią/ Pana na praktyki studenckie. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit. c RODO w zakresie obowiązku prawnego nałożonego na administratora w związku z Ustawą z dnia 20 lipca 2018r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wraz z innymi aktami wykonawczymi do wskazanych ustaw, a także dokumentowania odbywania praktyki. W przypadku podania innych danych niż wynikające z przepisów prawa, przetwarzanie Pani/ Pana danych osobowych będzie się odbywało na podstawie wyrażonej zgody - art. 6 ust lit. a RODO. Pani/ Pana dane osobowe mogą też być przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit f RODO w zakresie wykonywania przez administratora czynności związanych z ewentualną Pani/Pana odpowiedzialnością za wyrządzoną szkodę, w tym ustalania i dochodzenia ewentualnych roszczeń.
Kategorie danych osobowych	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji przetwarza następujący zakres Pani/Pana danych osobowych: imię, nazwisko, dane uczelni, która skierowała Panią/ Pana na praktyki studenckie.
Odbiorcy danych	Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być instytucje określone przez przepisy prawa, jeśli wykażą interes prawny w dostępie do tych danych oraz podmioty przetwarzające, które świadczą usługi na rzecz administratora i którym te dane są powierzane do przetwarzania na podstawie umowy zawartej z administratorem np.: teleinformatyczne, hostingowe.
Przekazywanie danych poza EOG	Pani/ Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
Prawa osoby, której dane dotyczą	Przysługuje Pani/ Panu prawo dostępu do swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania (poprawiania), ich usunięcia - o ile istnieją przesłanki, iż przetwarzanie danych nie jest już niezbędne dla realizacji celów określonych przez administratora lub ograniczenia ich przetwarzania.

	Na Pani/ Pana wniosek administrator dostarczy kopię danych osobowych podlegających przetwarzaniu. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/ Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/ Pana danych osobowych. W stosunku do danych przetwarzanych na podstawie zgody, ma Pani/ Pan prawo do jej wycofania w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przed jej cofnięciem. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej w niniejszej klauzuli. Przysługuje Pani/ Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uzna Pani/ Pan, że przetwarzanie Pani/ Pana danych jest niezgodnie z celem, dla którego te dane zebrano.
Źródło pochodzenia danych osobowych	Pani/ Pana dane osobowe zostały udostępnione do Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji przez Uczelnię, która skierowała Panią/ Pana na praktyki studenckie.
Podejmowanie zautomatyzowanych decyzji, w tym profilowanie	Pani/ Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji, w tym w formie profilowania.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedstawioną mi treścią informacji Administratora Danych dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych, w której wskazano od kogo Administrator pozyskał moje dane osobowe oraz przyjmuję do wiadomości spełnienie obowiązku informacyjnego przez Administratora Danych.

……..

Data i Podpis

ZOZ Świętochłowice

Formularz pozyskania dodatkowych danych osobowych od osoby ubiegającej się o odbycie praktyk studenckich

w związku z ustawą z 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochrony małoletnich

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji informuje, iż:
na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwane jako RODO w związku z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochrony małoletnich oraz § 1 pkt. 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 maja 2020 r zmieniającego rozporządzenie w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika, przed dopuszczeniem Pani/Pana do odbycia praktyk studenckich lub innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi w zakresie takiej działalności jest obowiązany do pozyskania dodatkowych Pani/Pana danych osobowych w celu uzyskania informacji, czy dane Pani/Pana są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym (RSPTS) z dostępem ograniczonym:

1. Imię: ……
2. Nazwisko:……
3. Pesel: ……..
4. Nazwisko rodowe:……..…….……
5. Imię ojca:…….……..……..……..……..……..
6. Imię matki:…….……..……...……
7. Data urodzenia:…….……..……

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwane jako RODO w związku z art. 21 ust. 3 Ustawy z dnia 24 maja 2000 r. o Krajowym Rejestrze Karnym w związku z rozdziałem 19 i 25 Kodeksu karnego w związku z art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz Ustawy z dn. 29.07. 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii będziemy pozyskiwać jeszcze dodatkowe od Pani/Pana dane osobowe w celu uzyskania informacji, czy dane Pani/Pana są zamieszczone w KRK - Krajowym Rejestrze Karnym.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji i rozumiem jej treść (klauzula informacyjna znajduje się na odwrocie strony).

……..……
data, podpis praktykanta/studenta)

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu powyższych danych osobowych:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji zgodnie z art. 13 i 14 ust. 1 i 2 RODO w związku z pozyskaniem od Pani/Pana danych osobowych wynikających z nałożonych szczególnymi przepisami prawa obowiązków, informuje, iż:

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji [zwany dalej: Szpital] z siedzibą przy ulicy Chorzowskiej 38, 41-605 Świętochłowice. Kontakt do Administratora telefoniczny +48 [32] 621 95 35 lub e-mail: sekretariat@zoz.net.pl

2.Kontakt do wyznaczonego Inspektora Ochrony Danych poprzez e-mail: iodo@zoz.net.pl

3.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu weryfikacji Pani/Pana w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym przed dopuszczeniem Pani/Pana do odbycia praktyk studenckich lub innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub w związku z opieką nad nimi w zakresie takiej działalności prowadzonej przez Administratora w celu wypełnienia przez niego obowiązków prawnych.

4.Podstawą prawną do pozyskania od Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – obowiązek prawny nałożony na administratora w związku z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochrony nieletnich oraz wydanych do ustawy Rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2017 r. oraz z dnia 20 maja 2020 r. określających rodzaj pozyskiwanych danych niezbędnych do weryfikacji w rejestrze w związku z rozdziałem 19 i 25 Kodeksu karnego w związku z art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz Ustawy z dn. 29.07. 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii.

5.Podanie danych jest wymogiem ustawowym (obowiązkowym), jednak ich niepodanie i/lub pozyskanie z jednego z rejestrów (RSPTS lub KRK) negatywnego wyniku po weryfikacji przez Administratora będzie skutkowało odmową współpracy z Panią/Panem.

6.Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą jedynie organy uprawnione na podstawie przepisów prawa.

7.Źródłem pozyskania Pani/Pana danych osobowych jest Ministerstwo Sprawiedliwości – dane pochodzą z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym.

8.Dane osobowe oraz uzyskane informacje z rejestrów będą przechowywane w aktach osobowych przez okres wymagany wynikający z odrębnych przepisów prawa.

9.Dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu oraz nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

10. Osobie, której dane osobowe dotyczą przysługuje prawo do:

a) dostępu do treści swoich danych osobowych,

b) sprostowania danych, które są nieprawidłowe,

c)usunięcia danych, o ile istnieją przesłanki, iż przetwarzane jest niezgodnie z prawem albo przetwarzanie danych nie jest już niezbędne dla realizacji celów określonych przez Administratora;

d) ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;

e) przeniesienia danych do innego administratora;

W celu zgłoszenia realizacji swoich praw należy przesłać żądanie i kontaktować się na dane wskazane w pkt. 1 i 2 niniejszej klauzuli.

11. W przypadku uznania, przez Panią/Pana, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących w sposób uzasadniony narusza przepisy z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku [RODO], przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl, infolinia 606-950-000].

12.Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub do organizacji międzynarodowych.

ZOZ
Świętochłowice