Szpital Powiatowy w Zawierciu
ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie
REGON: 276271110 NIP: 649-19-18-293

Zawiercie,……..

K A R T A O B I E G O W A

WSB – kierunek lekarski

Z dniem …… będzie/~~nie będzie~~* świadczył praktykę studencką - zawodową/zajęcia praktyczne/staż*

Pan/Pani ……

Miejsce komórki organizacyjnej

	Nr pokoju	Stanowiska	Podpis
		Kierownik – Bezpośredni przełożony	
ADMINISTRACJA I	Główny budynek Miodowa 14 , Zawiercie **Pokój 9, I piętro**	Dział Kadr i Płac	
ADMINISTRACJA II	Główny budynek **hol** **I piętro**	Sekcja ds. Akredytacji oraz Zintegrowanych Systemów Zarządzania	
	Główny budynek **Pokój 19** **I piętro**	Inspektor Ochrony Danych Osobowych	
	Główny budynek **Pokój 23** **I piętro**	Pielęgniarka Epidemiologiczna	
	Główny budynek **Pokój 25** **I piętro**	Naczelna Pielęgniarka	
	Główny budynek **Pokój 18** **I piętro**	Inspektor ds. ppoż.	
	Główny budynek **II piętro** **(pon., śr.)** Przychodnia ul. Powstańców Śl. 8 **III piętro** **(wt., czw., pt.) godz. 8.00**	Inspektor ds. BHP	

.....
podpis

* niepotrzebne skreślić

Szpital Powiatowy w Zawierciu
ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie
REGON: 276271110 NIP: 649-19-18-293

……
(nazwa pracodawcy (pieczęć)

KARTA SZKOLENIA WSTĘPNEGO W DZIEDZINIE EPIDEMIOLOGII

1. Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie:	
2. Nazwa komórki organizacyjnej:	**Szpital Powiatowy w Zawierciu**
3. Instruktaż epidemiologiczny	Szkolenie wstępne z zakresu zwalczania i profilaktyki zakażeń szpitalnych Instruktaż ogólny epidemiologiczny przeprowadził w dniu:.....r. …….. (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej) ……..…….. (podpis osoby, której udzielono instruktażu*)

* Podpis stanowi potwierdzenie odbycia instruktażu i zapoznania się z przepisami, zasadami oraz procedurami z zakresu zagadnień epidemiologicznych.

Ramowy program szkolenia pracowników nowo zatrudnionych/zmieniających stanowisko pracy z zakresu zagadnień dotyczących epidemiologii

Lp.	Temat szkolenia*)	Liczba godzin
1.	Higieną rąk personelu medycznego w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych.	0,5
2.	Zapoznanie z procedurami i instrukcjami obowiązującymi w szpitalu	
3.	Omówienie procedury postępowania w przypadku wystąpienia ekspozycji zawodowej na potencjalnie zakaźny materiał biologiczny. Przypomnienie o konieczności wdrożenia profilaktyki po ekspozycyjnej.	0,5
4.	Zapoznanie z procedurą postępowania z odpadami medycznymi.	0,5
5.	Stosowanie środków ochrony indywidualnej. Obowiązkowa odzież ochronna dla pracownika	0,2
6.	Omówienie sytuacji związanej z ewentualnym zaszczepieniem przeciw WZW typu B.	0,3
	Razem:	2

*)W godzinach lekcyjnych trwających 45 minut.

Szpital Powiatowy w Zawierciu
ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie
REGON: 276271110 NIP: 649-19-18-293

……
(oznaczenie pracodawcy)

KARTA SZKOLENIA WSTĘPNEGO W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

1. Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie:

2. Nazwa komórki organizacyjnej: Szpital Powiatowy w Zawierciu

3. Instruktaż ogólny

Instruktaż ogólny przeprowadził w dniu ..... r.

……
(imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)

……
(podpis osoby, której udzielono instruktażu*)

4. Instruktaż stanowiskowy

1) Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy: student

przeprowadził w dniach ..... r.

……
(imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)

Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i)..... został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku: student kierunku lekarskiego

…… (podpis osoby, której udzielono instruktażu*)

…… (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej)

2)** Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy ……

przeprowadził w dniach..... r.

……
(imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)

Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i)..... został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku ……

…… (podpis osoby, której udzielono instruktażu*)

…… (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej)

* Podpis stanowi potwierdzenie odbycia instruktażu i zapoznania się z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczącymi wykonywanych prac.

** Wypełnić w przypadkach, o których mowa w § 11 ust. 1 pkt i ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. poz. 1860, z późń. zm.).

PROGRAM SZKOLENIA WSTĘPNEGO

w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy

1. Program ramowy instruktażu ogólnego

Lp.	Temat szkolenia	Liczba godzin**
1.	Istota bezpieczeństwa i higieny pracy.	0,6
2.	Zakres obowiązków i uprawnień pracodawcy, pracowników oraz poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu pracy i organizacji społecznych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.	
3.	Odpowiedzialność za naruszenie przepisów lub zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.	
4.	Zasady poruszania się na terenie zakładu pracy.	0,5
5.	Zagrożenia wypadkowe i zagrożenia dla zdrowia występujące w zakładzie i podstawowe środki zapobiegawcze.	
6.	Podstawowe zasady bezpieczeństwa i higieny pracy związane z obsługą urządzeń technicznych oraz transportem wewnątrzzakładowym.	0,4
7.	Zasady przydziału odzieży roboczej i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej, w tym w odniesieniu do stanowiska pracy instruowanego.	0,5
8.	Porządek i czystość w miejscu pracy – ich wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo pracownika.	
9.	Profilaktyczna opieka lekarska – zasady jej sprawowania w odniesieniu do stanowiska instruowanego.	
10.	Podstawowe zasady ochrony przeciwpożarowej oraz postępowania w razie pożaru.	1
11.	Postępowanie w razie wypadku, w tym organizacja i zasady udzielania pierwszej pomocy.	
	Razem:	**Minimum 3**

2. Program ramowy instruktażu stanowiskowego

Lp.	Temat szkolenia	Liczba godzin**	
		Instruktażu osób wymienionych w § 11 ust. 1 rozporządzenia (nie dotyczy pracowników wymienionych w kolumnie 4)	Instruktażu pracowników administracyjno-biurowych narażonych na działanie czynników uciążliwych
1.	Przygotowanie pracownika do wykonywania określonej pracy, w tym w szczególności: a. omówienie warunków pracy z uwzględnieniem: - elementów pomieszczenia pracy, w którym ma pracować pracownik, mających wpływ na warunki pracy pracownika (np. oświetlenie ogólne, ogrzewanie, wentylacja miejscowa, urządzenia zabezpieczające, ostrzegawcze i sygnalizacyjne, narzędzia, surowce i produkty), - elementów stanowiska roboczego mających wpływ na bezpieczeństwo i higienę pracy (np. Pozycja przy pracy, oświetlenie miejscowe, wentylacja miejscowa, urządzenia zabezpieczające, ostrzegawcze i sygnalizacyjne, narzędzia, surowce i produkty), - przebiegu procesu pracy na stanowisku pracy w nawiązaniu do procesu produkcyjnego (działalności) w całej komórce organizacyjnej i zakładzie pracy, b. omówienie zagrożeń występujących przy określonych czynnościach na stanowisku pracy, wyników oceny ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą i sposobów ochrony przed zagrożeniami oraz zasad postępowania w razie wypadku lub awarii, c. przygotowanie wyposażenia stanowiska roboczego do wykonywania określonego zadania.	2	2
2.	Pokaz przez instruktora sposobu wykonywania pracy na stanowisku pracy, zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, z uwzględnieniem metod bezpiecznego wykonywania poszczególnych czynności i ze szczególnym zwróceniem uwagi na czynności trudne i niebezpieczne.	0,5	-
3.	Próbne wykonanie zadania przez pracownika pod kontrolą instruktora.	0,5	-
4.	Samodzielna praca pracownika pod kontrolą instruktora.	4	-
5.	Omówienie i ocena przebiegu wykonywania pracy przez pracownika.	1	-
	Razem:	**Minimum 8**	**Minimum 2**

*) Program szkolenia osób podejmujących po raz pierwszy pracę związaną z kierowaniem pracownikami powinien być poszerzony i dostosowany do obowiązków i odpowiedzialności tych osób w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

**) W godzinach lekcyjnych trwających 45 min.

Klauzula informacyjna

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Zawierciu z siedzibą: ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie, KRS:0000126179; NIP: 6491918293; REGON: 276271110 (dalej: „Administrator Danych") reprezentowany przez Dyrektora Szpitala Powiatowego – Piotra Zachariasiewicza.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: e-mail: iod@szpitalzawiercie.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Pani/Pana dane osobowe będą mogły być przekazywane wyłącznie podmiotom upoważnionym z mocy prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu ustania celu przetwarzania oraz przez okres trwania wymagalności ewentualnych roszczeń z tym związanych, a więc przez co najmniej 10 lat od rozwiązywania umowy – zgodnie z ogólnym terminem przedawnienia w myśl art. 118 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U.2017.459 tj. z dnia 2017.03.01).
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Administratora:
   A. dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub
   B. ograniczenia przetwarzania,
   C. wnoszenia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
   D. przenoszenia danych,
   E. cofnięcia zgody na przetwarzanie danych powierzonych dobrowolnie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej,
   F. wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pan/i, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących narusza przepisy RODO.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konsekwencją niepodania danych osobowych wymaganych przez Administratora jest brak możliwości zawarcia i wykonania umowy.

Treść klauzuli informacyjnej wynika z realizacji obowiązku informacyjnego zawartego w art. 13 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).

Imię i nazwisko

Podpis

Informacja o zapoznaniu się pracownika z ryzykiem zawodowym

Szpital Powiatowy w Zawierciu ul. Miodowa 14	(nazwa komórki organizacyjnej)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem zapoznany z zagrożeniami i ryzykiem zawodowym związanym z wykonywanymi czynnościami na moim stanowisku pracy.

Przyjmuję do wiadomości zakres i rolę wdrożonych do stosowania barier.

Jestem świadomy, że niestosowanie wdrożonych barier powoduje wzrost ryzyka zawodowego — zwiększa prawdopodobieństwo zaistnienia wypadku czy choroby zawodowej,

Imię i nazwisko studenta: ……..

Student Akademia WSB

(stanowisko) (data) (podpis)

Informacje przekazał ……. …… ……..

(imię i nazwisko) (data) (podpis przekazującego informacje)

Szpital Powiatowy w Zawierciu
42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
woj. śląskie tel.
Tel 32 67-40-200

ZAŚWIADCZENIE
Z PRZESZKOLENIA W ZAKRESIE
PRZECIWPOŻAROWYM

Pan/Pani ……...
(imię i nazwisko)

zatrudniony/zatrudniona w: **SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU**

ul. Miodowa 14; 42-400 Zawiercie

na stanowisku: student - Akademia WSB

uczestniczył/uczestniczyła w dniu: ……..

w szkoleniu w zakresie ochrony p.poż.

Prowadzący szkolenie:

…….

Szpital Powiatowy w Zawierciu	**UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**	**Z-04**
Nazwisko i imię:		

Adres e - mail studenta:

Sygnatura
upoważnienia:

I. DEFINICJE

Zakład – Szpital Powiatowy w Zawierciu.
Administrator– Dyrektor *Zakładu* pełniący obowiązki Administratora Danych Osobowych**.**
Przetwarzanie danych osobowych – wykonywanie jakichkolwiek operacji na danych osobowych, takich jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i ich usuwanie.
Osoba uprawniona – osoba posiadająca upoważnienie wydane przez *Administratora* do wykonywania w jego imieniu określonych czynności.
Użytkownik **-** osoba wykonująca zadania i obowiązki wynikające z umowy o pracę, umów cywilnoprawnych, umowy praktyki na rzecz *Zakładu.*
Rozporządzenie –Rozporządzenie 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).

II. DANE WNIOSKU

Data wniosku: ……

III. DANE UŻYTKOWNIKA

Stanowisko / pełnione obowiązki*……..

Jednostka organizacyjna / nazwa firmy zewnętrznej*…….

IV. UPOWAŻNIENIE ADMINISTRATORA

Na podstawie *Rozporządzenia* upoważniam wyżej wymienionego *Użytkownika* do *Przetwarzania danych osobowych* w zakresie:**
Wynikającym z zawartej umowy o:
inne - ……
Upoważnienie jest ważne**
na czas obowiązywania podpisanej przez *Użytkownika* umowy z *Zakładem*
ważne do dnia ……
przez okres wykonywania zadania ……..
Upoważnienie niniejsze nie upoważnia do udzielania dalszych upoważnień może być w każdym czasie zmienione lub odwołane.
Wcześniej wydane upoważnienie nr …….. z dnia …… zostaje odwołane. ***
Powyższe zobowiązanie do przetwarzania wynika wyłącznie z polecenia Administratora w celu działania na polecenie przełożonego, a także zgodnie z zasadami wiedzy koniecznej.

.....

Data

Podpis *Administratora lub Osoby uprawnionej*

V. POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z TREŚCIĄ UPOWAŻNIENIA PRZEZ UŻYTKOWNIKA

.....

Data ……

Podpis *Użytkownika*

Szpital Powiatowy w Zawierciu	OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA	Z-06

Użytkownik:

I. *DEFINICJE:*

Zakład – Szpital Powiatowy w Zawierciu
Administrator– dyrektor Zakładu pełniący obowiązki Administratora Danych Osobowych.
IOD- osoba wyznaczona przez Administratora, pełniąca obowiązki Inspektora Ochrony Danych, odpowiedzialna za bezpieczeństwo danych osobowych w Zakładzie.
Użytkownik - osoba wykonująca zadania i obowiązki wynikające z umowy o pracę, umów cywilnoprawnych, umowy praktyki na rzecz Zakładu, osoba wykonująca czynności kontrolne, przeglądowe, serwisowe, wizytacyjne w Zakładzie.
Przełożony - osoba pełniąca funkcję kierownika komórki organizacyjnej, ordynatora oddziału, pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarki koordynującej lub koordynatora będąca przełożonym Użytkownika.
Przetwarzanie danych osobowych – wykonywanie jakichkolwiek operacji na danych osobowych, takich jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i ich usuwanie.
System informatyczny– sprzęt i programy komputerowe którego funkcją jest Przetwarzanie danych osobowych.
Polityka – „Polityka Bezpieczeństwa Informacji"
Zasady – „Zasady ochrony danych osobowych"
Instrukcja – „Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi"
Procedury – Regulaminy, instrukcje i procedury ISO obowiązujące w Zakładzie.
Ustawa – ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (**Dz. U. 2018.1000**).
Rozporządzenie –Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z 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) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 2016.05.04)
Regulamin – Regulamin Organizacyjny Szpitala Powiatowego w Zawierciu.

II. DANE UŻYTKOWNIKA:

Stanowisko / pełnione obowiązki ** ……

Komórka organizacyjna / nazwa firmy zewnętrznej **……

** właściwe pokreślić

III. OŚWIADCZENIE O ZAPOZANIU SIĘ I PRZESTRZEGANIU PRZEPISÓW PRAWA

Oświadczam że :

1. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczące przetwarzania oraz sposobów zabezpieczenia danych osobowych, do których mam lub będę miał(a) dostęp w związku z wykonywaniem:***
   - **zadań i obowiązków wynikających z umowy o pracę zarówno w trakcie wykonywania umowy i po jej ustaniu,**
   - **zadań wynikających z umowy cywilnoprawnej zarówno w trakcie wykonywania umowy i po jej ustaniu,**
   - **zadań wynikających z umowy praktyki , stażu, wolontariatu, zarówno w trakcie wykonywania umowy i po jej ustaniu,**
   - **zadań wynikających z realizacji czynności kontrolnych, przeglądowych, serwisowych, wizytacyjnych, zarówno w trakcie wykonywania czynności i po ich ustaniu.**
2. Zostałem(am) poinformowany(a) o obowiązujących w Zakładzie Procedurach, Zasadach i Instrukcjach oraz zobowiązuje się je przestrzegać.
3. Zapoznałem(am) się z zapisami zawartymi w Polityce i przyjmuję je do wiadomości i stosowania.
4. Akceptuję postanowienia Regulaminu oraz zobowiązuje się postępować zgodnie z jego zasadami,
5. Zostałem(am) poinformowany(a) o obowiązującej Ustawie i Rozporządzeniu oraz o grożącej stosownie do przepisów rozdziału 10 i 11Ustawy o odpowiedzialności cywilnej i karnej,
6. Zobowiązuję się do przestrzegania zapisów określonych w zarządzeniach Administratora.
7. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy służbowej.

*** właściwe pokreślić

IV. OCHRONA DANYCH

1. Będę wykorzystywał swój firmowy adres poczty elektronicznej wyłącznie w celu prowadzenia korespondencji związanej z działalnością Zakładu,
2. Bez upoważnienia służbowego nie będę wykorzystywał(a) danych osobowych ze zbiorów Zakładu.
3. Zapewnię ochronę danym osobowym przetwarzanym w Zakładzie, a w szczególności zabezpieczę je przed dostępem osób nieupoważnionych, zabraniem, uszkodzeniem oraz nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem,
4. Natychmiast zgłoszę Przełożonemu lub IOD stwierdzenie próby lub faktu naruszenia ochrony danych osobowych lub bezpieczeństwa Systemu informatycznego, w którym przetwarzane są dane osobowe (incydent).

V. OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI

1. Wszelkie zobowiązania w niniejszym Oświadczeniu obejmują okres w trakcie lub/ i w związku z pracą w Zakładzie oraz okres po jej zakończeniu
2. Przyjmuję do wiadomości, że jestem zobowiązany/a do zachowania w poufności tj. nie przekazywania komukolwiek w jakiejkolwiek formie jakiejkolwiek informacji o których powziąłem/am wiedzę w trakcie lub/ i w związku z pracą w Zakładzie w czasie trwania umowy na podstawie której wykonywałem/am tę pracę i przez 5 lat od jej rozwiązania.
3. Po rozwiązaniu umowy w związku z pracą lub na zlecenie Zakładu zobowiązuję się do zwrotu Zakładowi wszelkich dokumentów, w posiadanie których wszedłem w trakcie wykonywania pracy, lub innym materiałów dotyczących zakładu, jakie zostały sporządzone, zebrane, opracowane, uzyskane, otrzymane lub w inny sposób utrwalone w jakimkolwiek z okresów, o których mowa w ust.2, włączając w to kopie, odpisy, a także zapisy utrwalone na dowolnych nośnikach zapisu najpóźniej do dnia zaprzestania pracy.
4. Zobowiązuję się do nie wykorzystywania informacji stanowiących tajemnicę zakładu w rozumieniu art.11 ust.4 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 roku

VII. POTWIERDZENIE UŻYTKOWNIKA	Podpis Użytkownika stanowiący jednocześnie jego wzór
	Podpis: