



**Specjalistyczny Szpital Wojewódzki
w Ciechanowie**
06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2

Centrala : (23) 672 32 71-3, Sekretariat: (23) 672 31 27, Fax: (23) 672 27 64
e-mail: sekretariat@szpitalciechanow.com.pl
NIP 566-10-19-200 REGON 000311622

Załącznik Nr 2

.....
(Imię i nazwisko pracownika składającego oświadczenie)

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

Ja niżej podpisany/a zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których mam lub będę miał/a dostęp w związku lub przy okazji wykonywania zadań służbowych i obowiązków pracowniczych, zarówno w trakcie wiążącego mnie stosunku pracy jak i po jego ustaniu.

Zobowiązuję się przestrzegać regulaminów, instrukcji i procedur obowiązujących w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie, wiążących się z ochroną danych osobowych, a w szczególności nie będę bez upoważnienia służbowego wykorzystywał/a w/w danych.

W przypadku stwierdzenia naruszenia zabezpieczeń danych osobowych, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym bezpośredniego przełożonego i/lub Inspektora Danych Osobowych i/lub Administratora Danych.

Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z wyżej wymienionymi obowiązkami może być uznane za ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych w rozumieniu art. 52 § 1 pkt 1 Kodeksu Pracy.

.....
(Data i podpis pracownika składającego oświadczenie)

.....
(Podpis przyjmującego oświadczenie w imieniu pracodawcy)



**Specjalistyczny Szpital Wojewódzki
w Ciechanowie**
06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2

Centrala : (23) 672 32 71-3, Sekretariat: (23) 672 31 27, Fax: (23) 672 27 64
e-mail: sekretariat@szpitalciechanow.com.pl
NIP 566-10-19-200 REGON 000311622

Załącznik Nr 3

Dane pracownika/osoby ubiegającej się o przyjęcie do pracy/studenta/praktykanta/stażysty:

Nazwisko..... Imię.....

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA, OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO
PRACY, STUDENTA, PRAKTYKANTA, STAŻYSTY O ZAPOZNANIU SIĘ
Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ DOTYCZĄCĄ DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą zasad i potrzeb gromadzenia moich danych osobowych.

Oświadczam także, iż zostałem/-am poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach w zakresie ochrony danych, w szczególności o możliwości wglądu do gromadzonych danych, ich uzupełniania oraz żądania sprostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.

.....
Data i czytelny podpis pracownika/osoby ubiegającej się
o przyjęcie do pracy/studenta/praktykanta

Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie mojego wizerunku w formie fotografii/nagrań wideo przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie w związku z wykonywaniem powierzonych mi obowiązków w celu zapewnienia bezpieczeństwa mienia i osób Specjalistycznego szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie oraz w celach informacyjnych o działalności szpitala.

.....
Data i czytelny podpis pracownika/osoby ubiegającej się
o przyjęcie do pracy/studenta/praktykanta/stażysty

Nie wyrażam zgody na nieograniczone czasowo wykorzystanie mojego wizerunku w formie fotografii/nagrań wideo przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie w związku z wykonywaniem powierzonych mi obowiązków w celu zapewnienia bezpieczeństwa mienia i osób Specjalistycznego szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie oraz w celach informacyjnych o działalności szpitala.

.....
Data i czytelny podpis pracownika/osoby ubiegającej się
o przyjęcie do pracy/studenta/praktykanta/stażysty

Mazowsze.

serce Polski