

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r,

**Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza** informuje, że:

### **ADMINISTRATOREM DANYCH OSOBOWYCH JEST:**

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza  
ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz, tel. 52 325 56 00

### **INSPEKTOREM DANYCH OSOBOWYCH JEST:**

mgr Marta Zielińska-Adamczyk

Z inspektorem można się kontaktować w każdej kwestii dotyczącej przetwarzania danych w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza,  
ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz,

tel. 52 325 56 00, mail : [iodo@wsoz.pl](mailto:iodo@wsoz.pl)

### **PODSTAWA I CEL PRZETWARZANIA DANYCH**

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu organizacji i realizacji praktyki zawodowej / wakacyjnej / absolwenckiej.

Podstawą przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest art. 6 ust.1 pkt. b) Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO).

### **INFORMACJA O WYMOGU PODANIA DANYCH**

Podanie danych jest konieczne i wynika z przepisów prawa tj. Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym / Rozporządzenia MEN w sprawie praktycznej nauki zawodu / Ustawy o praktykach absolwenckich.

W przypadku niepodania danych niemożliwa jest organizacja i realizacja praktyki zawodowej / wakacyjnej / absolwenckiej.

### **UDOSTĘPNIANE DANYCH**

Dane mogą być udostępniane podmiotom lub organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także na podstawie umów powierzenia danych.

### **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH**

Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania praktyki zawodowej / wakacyjnej / absolwenckiej, a następnie zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi archiwizacji dokumentacji - 5 lat od zakończenia w/w praktyki.

### **PRAWA ZWIĄZANE Z PRZETWARZANIEM DANYCH**

Posiada Pani/Pan prawo, na zasadach określonych w RODO, do:

- a.żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych,
- b.żądania ich sprostowania,
- c.żądania ich usunięcia, chyba, że obowiązujące przepisy prawa nakazują przechowywanie danych,
- d.żądania ograniczenia ich przetwarzania,
- e.wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- f.przenoszenia danych,
- g.cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z wyłączeniem sytuacji kiedy potrzeba dalszego przetwarzania danych wynika z obowiązków określonych przez przepisy prawa,
- h.wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uzna Pani/Pan za uzasadnione, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych.

### **ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI ORAZ PROFILOWANIE**

Pana/Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....

Data Podpis

## INFORMACJA DLA STUDENTÓW

1. Student jako osoba przygotowująca się do wykonywania zawodu medycznego, uprawniony jest do wglądu do dokumentacji medycznej, na podstawie art. 26 ust. 3a Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2020.849).
2. Dokumentację medyczną do wykorzystania w celach dydaktycznych/klinicznych, udostępnia się bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
3. Student może uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej:
  - jedynie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych/klinicznych,
  - pod warunkiem zachowania w tajemnicy informacji w niej zawartych.
4. Dostęp do dokumentacji medycznej nadzorowany jest przez personel medyczny, sprawujący opiekę nad studentami.

Podpis i data	Miejsce zajęć dydaktycznych (klinicznych): WSOZ im. T.Browicza w Bydgoszczy
---------------	--

## OŚWIADCZENIE

### o zachowaniu danych osobowych w poufności w

.....WSOZ w BYDGOSZCZY.....

(dalej „administrator danych”)

### TRZEŚĆ OŚWIADCZENIA

W związku z dopuszczeniem do przetwarzania danych osobowych oświadczam, że:

- Zapoznałem się i zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z:
  - 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) – zwane dalej RODO.
  - regulacji wewnętrznych administratora danych obowiązujących w obszarze przetwarzania danych osobowych.
- Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych poprzez ich ochronę przed niepożądanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją i zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem.
- Zachowam w tajemnicy dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczeń, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy z administratorem danych jak i po jej zakończeniu.
- Zachowam w tajemnicy informację zawartą w dokumentacji medycznej, udostępnioną jedynie do realizacji celów dydaktycznych, na podstawie art. 26 ust. 3a Ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, także po śmierci pacjenta.
- Znane mi są zasady odpowiedzialności prawnej za niezgodne z ustawą o ochronie danych osobowych przetwarzanie danych osobowych oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących u administratora danych, kodeksu cywilnego, RODO oraz innych przepisów prawa.

Oświadczam, że treść niniejszego oświadczenia jest mi znana i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

podpis i data