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:**

- Adam Renk

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

**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:

* 1. żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych,
	2. żądania ich sprostowania,
	3. żądania ich usunięcia, chyba, że obowiązujące przepisy prawa nakazują przechowywanie danych,
	4. żądania ograniczenia ich przetwarzania,
	5. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
	6. przenoszenia danych,
	7. 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,
	8. 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/PRAKTYKANTÓW**

1. Student/Praktykant 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.

1. Dostęp do dokumentacji medycznej nadzorowany jest przez personel medyczny, sprawujący opiekę nad studentami.

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis i data  | Miejsce zajęć dydaktycznych (klinicznych)/praktyki:WSOZ im. T.Browicza w Bydgoszczy  |
| Okres odbywania zajęć/ praktyki: |

**OŚWIADCZENIE**

**o zachowaniu danych osobowych w poufności w**

**………………WSOZ w BYDGOSZCZY……………………….**

 (dalej „administrator danych”)

|  |
| --- |
| TREŚĆ OŚWIADCZENIA |

Oświadczam, że treść powyższej informacji jest dla mnie zrozumiała.

 Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, do których będę miał(a) dostęp w związku z odbywaniem praktyki w WSOZ w Bydgoszczy, zarówno w trakcie jej odbywania, jak i po jej zakończeniu.

 Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zasadami może spowodować natychmiastowe przerwanie praktyki/stażu i zgodnie z art. 266 Kodeksu Karnego (Dz.U. 2021.2345), podlega odpowiedzialności karnej (grzywna, kara ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2).

…………………………………………………..

podpis i data