
(miejsowość, data)

(imię i nazwisko)

Praktykant
(stanowisko)

Oddział _____
(komórka organizacyjna, lokalizacja)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zostałam*/zostałem* przeszkolona*/przeszkolony* z przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, w tym 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), zwanego także „RODO”, ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz wprowadzonych i wdrożonych do stosowania przez Administratora Polityką Bezpieczeństwa Przetwarzania Danych Osobowych Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. i procedurą Zarządzanie Systemami Informatycznymi, w zakresie niezbędnym do należytego wykonywania zadań.

Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania, a także do zachowania w tajemnicy danych osobowych przetwarzanych w Spółce oraz sposobów ich zabezpieczenia.

* - niepotrzebne skreślić

(Podpis osoby składającej oświadczenie)