

....., dn. ....

Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ  
Ul. Podróźnicza 26/28  
53-208 Wrocław  
NIP 894-24-60-800  
REGON 000313331

### **OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI**

Ja       niżej       podpisany.....,       zatrudniony       na  
stanowisku.....:

1. Oświadczam, że zapoznano mnie z przepisami w zakresie ochrony danych osobowych, 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) oraz innymi aktami prawnymi i branżowymi regulującymi zasady postępowania w tym zakresie oraz wszystkimi dokumentami wewnętrznymi organizującymi proces zarządzania danymi osobowymi we Wrocławskim Centrum Zdrowia SPZOZ
2. Zobowiązuję się do:
  - stosowania określonych przez ADO zasad, procedur oraz wytycznych udostępnionych na stronie dokumenty.spzoz.wroc.pl, mających na celu właściwe i adekwatne w stosunku do celu przetwarzanie danych,
  - przetwarzania powierzonych mi danych jedynie w zakresie udzielonego upoważnienia,
  - należytego zabezpieczenia danych osobowych przed ich udostępnieniem osobom nie upoważnionym,
  - zachowania szczególnej staranności w trakcie dokonywania operacji przetwarzania danych w celu ochrony osób, których dane dotyczą,
  - Zgłaszania wszelkich zagrożeń, potencjalnych naruszeń systemu ochrony danych osobowych w podmiocie leczniczym,
  - zachowania w tajemnicy danych oraz ich sposobu zabezpieczeń, nawet po ustaniu stosunku pracy.
1. W zakresie systemu informatycznego zobowiązuję się:
  - nie ujawniać danych zawartych w eksploatowanych systemach informatycznych, zwłaszcza danych osobowych znajdujących się w tych systemach,
  - nie ujawniać szczegółów technologicznych w używanych systemach oraz oprogramowaniu,
  - nie udostępniać osobom nieupoważnionym nośników magnetycznych i optycznych oraz wydruków komputerowych,
  - nie kopiować lub nie przetwarzać danych w sposób inny niż dopuszczony obowiązującą Polityką Ochrony Danych Osobowych.

Przyjmuję jednocześnie do wiadomości, że postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami będzie traktowane jako ciężkie naruszenie moich obowiązków wobec WCZ SPZOZ i może rodzić sankcje karne i finansowe, wynikające z przepisów prawa, w tym może stanowić podstawę dochodzenia odszkodowań w trybie cywilno-prawnym.

.....  
(podpis pracownika)