

Zobowiązanie nr.....
(Wypełnia IOD SCCS)

(Miejscowość)

(Data)

Nazwisko:

Imię:

PESEL/ NPWZ:

Jednostka Organizacyjna

(Pieczęć Szpitala)

Zobowiązanie Zachowania Poufności Przetwarzanych Danych Osobowych w Systemie Informatycznym Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych i potwierdzenie znajomości zasad bezpieczeństwa

Zobowiązuję się do bezwzględnego zachowania w tajemnicy, wszelkich informacji i danych osobowych uzyskanych w związku z wykonywanymi czynnościami związanymi z systemem informatycznym Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych.

Oświadczam iż zostałam/łem zapoznana/ny z:

- Ustawą z dnia 24 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz.1781 tj.),
- Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2018 (Dz. U z 2018 r. poz. 1063) w sprawie Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych.

i zobowiązuję się do ich bezwzględnego przestrzegania.

Przyjmuję do wiadomości, że przez obowiązek bezwzględnego zachowania w poufności danych oraz obowiązek przestrzegania zasad bezpieczeństwa rozumie się w szczególności zakaz:

- Zapoznawania osób trzecich (w tym innych pracowników) z dokumentami, hasłami dostępu, loginami itp. – nie związanymi z zakresem ich obowiązków,
- Kopiowania oraz powielania dokumentów lub danych osobowych bez zgody lokalnego Administratora Systemu, a w szczególności udostępniania ich osobom trzecim,
- Informowania osób trzecich o danych osobowych, sprawach i zadaniach objętych nakazem poufności.

Przyjmuję do wiadomości, że naruszenie powyższych zasad poufności i bezpieczeństwa obowiązujących w systemie informatycznym Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych może spowodować odpowiedzialność karną, dyscyplinarną lub finansową

Czytelny Podpis.....