

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z TREŚCIĄ  
POLITYKI BEZPIECZEŃSTWA**

---

(imię i nazwisko)

---

(nazwa komórki organizacyjnej)

Oświadczam, że zapoznano mnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), a także Polityką Bezpieczeństwa, Instrukcją Zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie.

Oświadczam również, że zostałem/am przeszkolony/na w zakresie przepisów RODO oraz uregulowań dotyczących ochrony danych osobowych obowiązujących w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- przetwarzania danych osobowych wyłącznie w zakresie pełnionych obowiązków na zajmowanym stanowisku i w celu zgodnym z zadaniami powierzonymi przez administratora;
- przestrzegania zasad i procedur ochrony danych osobowych określonych w Polityce Bezpieczeństwa, a także nie ujawniania informacji zawartych w tych dokumentach;
- zachowania w tajemnicy wszystkich danych osobowych do których mam lub będę mieć dostęp w związku z wykonywaniem zadań powierzonych przez administratora;
- zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczeń danych osobowych;
- ochrony danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem i regulacjami RODO: zniszczeniem, utratą, modyfikacją, nieuprawnionym ujawnieniem, dostępem oraz przetwarzaniem danych osobowych

Zobowiązuje się do bezwzględnego stosowania zasad bezpieczeństwa i zachowania w poufności wszelkich informacji uzyskanych w związku z wykonywanym zakresem czynności na stanowisku pracy oraz przyjmuje do wiadomości, że dane osobowe przetwarzane w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie objęte są ochroną.

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_ rok  
(data)

---

(podpis oświadczającego)