

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU TAJEMNICY

(imię i nazwisko)

(nazwa komórki organizacyjnej)

(stanowisko)

Niniejszym zobowiązuję się do bezwzględnego zachowania w tajemnicy wszelkich danych, informacji, materiałów i dokumentów , w tym w szczególności danych osobowych, danych medycznych uzyskanych w związku z wykonywaniem obowiązków na zajmowanym stanowisku na podstawie umowy/stażu/praktyk, a także po zakończeniu jej realizacji.

Obowiązek zachowania w tajemnicy Informacji obejmuje w szczególności zakaz kopiowania, wnoszenia poza obszar przetwarzania, a także udostępniania danych Szpitala Nowowiejskiego osobom trzecim.

Obowiązek zachowania tajemnicy nie dotyczy sytuacji, gdy obowiązek udostępnienia danych osobom trzecim wynika z obowiązujących przepisów prawa, na podstawie i w zakresie w jakim przepisy prawa nakazują udzielenia informacji i zwalniają z zachowania tajemnicy zawodowej.

Jestem świadoma/y , że o fakcie zgłoszenia żądania udostępnienia danych należy niezwłocznie poinformować Administratora Danych, o ile nie wykonuję przekazania danych na polecenie Administratora Danych .

Zobowiązanie niniejsze dotyczy również zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych, do których mam dostęp w związku z wykonywaniem zadań służbowych.

Obowiązek zachowania tajemnicy nie dotyczy informacji co, do których Zespół ma nałożony ustawowy obowiązek publikacji lub która stanowi informacje jawną, publiczną opublikowaną przez Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie.

Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami będzie traktowane jako :

- ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków związanych z realizacją umowy i może skutkować rozwiązaniem umowy bez wypowiedzenia w przypadku pracowników w trybie art.52 §1 pkt1 Kodeksu pracy, a w przypadku gdy strony wiąże inna umowa, naruszenie takie może spowodować jej natychmiastowe rozwiązanie, a także zobowiązanie do zapłaty kar umownych,
- naruszenie przepisów karnych ustawy o ochronie danych osobowych.

Niniejszym zobowiązuję się do pokrycia udokumentowanych szkód poniesionych przez Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem przeze mnie postanowień niniejszego zobowiązania do zachowania tajemnicy.

Warszawa, dnia _____

(podpis osoby zobowiązanej do zachowania tajemnicy)