

WZÓR

UPOWAŻNIENIE nr _____

w zakresie przetwarzania danych osobowych za pomocą systemu monitoringu wizyjnego
w Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Zatorze
z dnia _____

Na podstawie art. 29 w zw. z 32 ust. 4, art. 30 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. 2016.119.1), jako administrator danych osobowych **upoważniam** Panią / Pana:

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(stanowisko służbowe – komórka organizacyjna pełna nazwa)

Do przetwarzania danych osobowych na polecenie i w zakresie wynikającym z powierzonych do wykonywania czynności służbowych w odniesieniu do następujących działań odnoszących się do systemu monitoringu wizyjnego tj.:

- ⊖ Zapoznawania się z nagraniami systemu monitoringu wizyjnego ze wszystkich kamer w czasie rzeczywistym:
- ⊖ Bieżącego korzystania z następujących elementów systemu monitoringu wizyjnego:
 - ⊖ Przeglądanie wsteczne;
 - ⊖ Kopiowanie/przegrywanie na inny nośnik;

Upoważnienie do przetwarzania danych systemu monitoringu wizyjnego udzielone jest w związku z Pani / Pana* zakresem zadań realizowanych w ramach stosunku pracy lub na podstawie innej formy współpracy.

Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Zatorze obowiązuje od dnia jego wydania do czasu o ile nie zostanie wcześniej odwołane, automatycznego wygaśnięcia z chwilą rozwiązania zawartej pomiędzy pracownikiem, a Samodzielnym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Zatorze umowy o pracę lub innej formy współpracy czy też zaprzestania pełnienia przez wskazanego pracownika roli związanej z przetwarzaniem danych osobowych przez sytemu monitoringu wizyjnego, będącego podstawą wydania upoważnienia.

.....
(data i podpis administratora danych osobowych / osoby upoważnionej)

Załącznik nr 1 do Regulaminu monitoringu

WZÓR
WYCOFANIE UPOWAŻNIENIA

z dnia _____

w zakresie dostępu do systemu monitoringu wizyjnego
w Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Zatorze

Dnia _____ zostaje odebrane / wycofane

Upoważnienie nr _____ wydane dnia _____

Pani/Panu:

Zatrudnionej/go na stanowisku:

Tym samym dotychczas wydane upoważnienie zostaje zakończone w ewidencji upoważnień prowadzonej przez administratora danych osobowych poprzez wpisanie daty odbioru [zakończenia] upoważnienia.

.....
(data i podpis administratora danych osobowych / osoby upoważnionej)