Wypełnia Administrator:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer wniosku** |  | **Data wpłynięcia:** |  |

**WNIOSEK**

**zabezpieczenie nagrania z systemu monitoringu wizyjnego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane Wnioskodawcy** | Miejscowość i data: |  |
| Imię i nazwisko osoby, która wnioskuje o zabezpieczenie nagrania: |  | |
| Nr telefonu: |  | |
| Nazwa instytucji wnioskującej o zabezpieczenie nagrania: |  | |
| Adres instytucji wnioskującej o zabezpieczenie nagrania: |  | |

Zwraca się z prośbą do Dyrekcji Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Zatorze z wnioskiem w sprawie zabezpieczenia nagrania z wideo monitoringu prowadzonego przez niniejszą placówkę.

Data, godzina i miejsce zdarzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krótki opis zdarzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wskazanie celu, dla którego ma zostać zabezpieczone nagranie z monitoringu wizyjnego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Realizacja wniosku nastąpi w jak najszybszym możliwym terminie. Administrator zastrzega, iż nie gwarantuje, że obraz z monitoringu, o którego zabezpieczenie wnosi wnioskodawca do czasu jego zabezpieczenia nie został już nadpisany przez inny obraz. Jest to uzależnione od wielkości nagrań w danym przedziale czasowym na co administrator nie ma wpływu.

……………………….….. ......……….….........…......…………

*Data i miejscowość Podpis osoby wnioskującej*

*Szanowni Państwo:*

*1. Prosimy o czytelne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI.*

*2. Informujemy, że Państwa dane będą przetwarzane celu realizacji składanego przez Państwa wniosku. Więcej informacji znajduje się w klauzuli informacyjnej dołączonej do wniosku na kolejnej stronie.*

*3. Na potrzeby rozpatrzenia wniosku i jego dalszej realizacji może być wymagane podanie dodatkowych danych Państwa.*

*4. Zabezpieczone nagranie z monitoringu będzie przekazane wyłącznie uprawnionym organom na ich wniosek/pismo zwierające uzasadnienie prawne w pozyskaniu nagrania i dostępu do danych osobowych zarejestrowanych przez monitoring.*

|  |
| --- |
| ***Wypełnia Administrator:***  Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na zabezpieczenie nagrania z monitoringu wizyjnego do w/w wniosku.  …….……………………..…………………..  ***\*skreślić niewłaściwe*** Podpis Administratora |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**dotycząca osób realizujących wniosek o zabezpieczenie nagrań z monitoringu**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zatorze (dalej SZOZ) przy ulicy Palimą ki 2, 32-640 Zator. Kontakt do Administratora poprzeze-mail: [szozzator@gmail.com](mailto:szozzator@gmail.com) lub telefonicznie: +48 [33] 84-12-150.

2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz w przypadku realizacji praw związanych z przetwarzaniem danych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych na adres email: [iod.szozzator@przychodniazator.pl](mailto:iod.szozzator@przychodniazator.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora z dopiskiem „dla IOD”.

3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą:

a) w celu realizacji złożonego wniosku – w związku z art. 18 RODO.

b)w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze w szczególności związanych z archiwizacją dokumentacji - zgodnie z art. 6. ust. 1 lit. c) RODO oraz w związku z uzasadnionym interesem administratora – zgodnie z art. 6 ust. 1 f) RODO.

4. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być dostawcy systemów teleinformatycznych i usług IT, pełnienia funkcji inspektora ochrony danych na mocy wiążących umów zgodnie z art. 28 RODO, a także operatorzy pocztowi oraz instytucje upoważnione z mocy odrębnych przepisów prawa.

5. Okres przetwarzania Państwa danych osobowych podanych we wniosku będzie wynosił 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym złożony został wniosek.

6. Mogą Państwo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych.

7. Podanie danych osobowych jest warunkiem realizacji wniosku. Odmowa podania danych osobowych uniemożliwia realizację wniosku.

8. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych [dane adresowe i kontaktowe do PUODO: (00-193) Warszawa, ul. Stawki 2, telefon 22 531-03-00, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl), infolinia 606-950-000], gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z celem, do którego zostały zebrane.

9. Dane osobowe z monitoringu nie będą przekazywane do państwa trzeciego spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub organizacji międzynarodowych.

10. W stosunku do danych osobowych zarejestrowanych przez system monitoringu nie będą podejmowanie czynności polegające na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowanie.