*Załącznik Nr 3 do Regulaminu*

*Ogólnopolskich Zawodów Symulacji Medycznej „Sim Challenge 2017”*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr ewidencyjny[[1]](#footnote-1): |  |  |  |  |  |  |  |  |

**UPOWAŻNIENIE**

**do przetwarzania danych osobowych**

Na podstawie art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych[[2]](#footnote-2).*

Upoważniam Panią/Pana ............................................................................................................................................

**(**imię i nazwisko)

zatrudnionym(-ą) na stanowisku ...............................................................................................................................

(nazwa stanowiska i jednostki/komórki organizacyjnej lub firmy)

legitymujący(-ą) się numerem PESEL: ....................................................................................................................

do przetwarzania danych osobowych, w celach związanych z uczestniczeniem w Zawodach  
w systemie tradycyjnym (kartoteki, ewidencje, rejestry, spisy itp.) i informatycznym3  
w zakresie wglądu w terminie trwania Zawodów, tj. od 18 – 19 maja 2017 r.

.............................................................

(podpis Lokalnego Administratora Danych Osobowych)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA**

Ja niżej podpisany (na) oświadczam, iż:

1. Zostałam(-em) przeszkolona(-ny) w zakresie ochrony danych osobowych i znana jest mi treść ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o *ochronie danych osobowych* i rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. *w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych4*, oraz innych obowiązujących w SUM aktów prawnych.
2. Zobowiązuję się:
   * + Zachować w tajemnicy informacje służbowe oraz dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczenia, z którymi zetknęłam się/zetknąłem się w trakcie wykonywania swoich obowiązków służbowych, zarówno w czasie trwania stosunku pracy jak i po jego ustaniu;
     + Chronić dane osobowe przed dostępem osób nieupoważnionych, zabraniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, ujawnieniem, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

...............................................

(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....................................................

(podpis Koordynatora Zawodów)

1. 1 Nadany przez Pełnomocnika Lokalnego Administratora Danych Osobowych, upoważnioną osobę lub ABI SUM w pozostałych przypadkach [↑](#footnote-ref-1)
2. 2 Tekst jednolity - Dz.U. z 2016 r. poz. 922 z późn zm.

   3 Identyfikator użytkownika o którym mowa w art. 39 ust. 1 pkt 3. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych zostanie przekazany upoważnionemu zgodnie z procedurą określoną w „*Instrukcji Zarządzania Systemami Informatycznymi służącymi do przetwarzania danych osobowych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach*”

   4 Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024 [↑](#footnote-ref-2)