Załącznik nr 4 do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

Upoważnienie nr ……
do przetwarzania danych osobowych

Z dniem ……r. na podstawie art. 29 w związku z art. 28 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej rozporządzeniem RODO, upoważniam Panią/Pana***** ……..…….. do przetwarzania danych osobowych dotyczących zdrowia, o których mowa w art. 9 ust. 1 rozporządzenia RODO.

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pani/Pana* zatrudnienia / zaprzestania wykonywania przez Pana/Panią***** zadań na podstawie stosunku cywilnoprawnego* w Związku Zachodniopomorskiej Strefy Centralnej, lub z chwilą jego odwołania.

…….....
(czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień)

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym rozporządzenia RODO, a także z obowiązującym w Związku Zachodniopomorskiej Strefy Centralnej opisem technicznych i organizacyjnych środków zapewniających ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałam/-em się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie zatrudnienia / wykonywania zadań na podstawie stosunku cywilnoprawnego* w Związku Zachodniopomorskiej Strefy Centralnej, jak też po jego ustaniu/po zrealizowaniu zadań wykonywanych na podstawie stosunku cywilnoprawnego*.

…….....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Upoważnienie otrzymałam/-em

……
(miejscowość, data, podpis)

*****niepotrzebne skreślić