

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), zwane dalej RODO, informujemy, o tym, że:

1. Administrator danych osobowych:

Administratorem danych zbieranych i przetwarzanych jest Dyrektor Szpitala Powiatowego im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży, ul. Żeromskiego 29, 64-800 Chodzież, e-mail: **sekretariat@szpitalchodziej.pl**

2. Inspektor Ochrony Danych:

Kontakt z inspektorem ochrony danych w Szpitalu Powiatowym im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży następuje za pomocą adresu e-mail: **iod@annasobanska.pl**

3. Cel przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z sygnalizowaniem nieprawidłowości, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

4. Prawa osób, których dane dotyczą

Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

5. Okres przechowywania

Pani/Pana dane osobowe zwarte w zgłoszeniu będą przetwarzane przez okres 3 lat od wplynięcia zgłoszenia.

6. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane przez Administratora uprawnionym podmiotom, jeśli zajdzie taka konieczność w związku z weryfikacją zgłoszenia, w trybie określonym przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa.

7. Profilowanie

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

8. Dobrowolność podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Informacje ogólne		
Kogo/czego dotyczy zgłoszenie		
Data		
Miejscowość		
Dane kontaktowe zgłaszającego		
Rodzaj zgłoszenia		
Imię i nazwisko		
Telefon		
e-mail		
Informacje szczegółowe		
Data zaistnienia nieprawidłowości		
Data powzięcia wiedzy o nieprawidłowości		
Miejsce zaistnienia		
Czy zostało zgłoszone?		
Do kogo zostało zgłoszone		
Opis nieprawidłowości		
Świadcowie		
Imię i nazwisko		
Imię i nazwisko		
Imię i nazwisko		

Opis dowodów		
CHARAKTER NIEPRAWIDŁOWOŚCI		
- podejrzenie przygotowania, usiłowania lub popełnienia czynu zabronionego		
- niedopełnienie obowiązków lub przekroczenie uprawnień		
- niezachowanie należytej staranności wymaganej w danych okolicznościach		
-- nieprawidłowości w organizacji funkcjonowania Szpitala Powiatowego		
- naruszenie wewnętrznych procedur oraz standardów etycznych		
- inne		
Oświadczenia		
Oświadczam, iż mam świadomość, możliwych konsekwencji związanych z fałszywym zgłoszeniem nieprawidłowości.		
Załączniki		
1.		
2.		
3.		
4.		
<p>.....</p> <p>Podpis</p>		

POUCZENIE

1.W przypadku ustalenia w toku postępowania wyjaśniającego, iż w zgłoszeniu nieprawidłowości świadomie podano nieprawdę lub zatajono prawdę, zgłaszający będący pracownikiem, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności porządkowej określonej w przepisach Kodeksu Pracy. Zachowanie takie może być również zakwalifikowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych i jako takie skutkować rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia.

2.W przypadku zgłaszającego, świadczącego na rzecz Szpitala Powiatowego im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży usługi lub dostarczającego towary, na podstawie umowy cywilnoprawnej, ustalenie dokonania fałszywego zgłoszenia nieprawidłowości skutkować może rozwiązaniem tejże umowy i definitywnym zakończeniem współpracy pomiędzy stronami.

3.Niezależnie od skutków wskazanych powyżej, zgłaszający świadomie dokonujący fałszywego zgłoszenia może zostać pociągnięty do odpowiedzialności odszkodowawczej, w przypadku wystąpienia szkody po stronie Szpitala Powiatowego im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży w związku z fałszywym zgłoszeniem.

POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Niniejszym potwierdza się, przyjęcie zgłoszenia nieprawidłowości, które zostało dokonane przez
..... dnia i dotyczy nieprawidłowości polegającej
na

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

Niniejszym stwierdza się, że zgłaszającemu nadano/odmówiono nadania statusu Sygnalisty.

Odmowa nadania zgłaszającemu statusu sygnalisty wynika z następujących względów:

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

.....

podpis osoby odpowiedzialnej za zgłoszenie

REJESTR ZGŁOSZEŃ NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Wzór

	Imię i nazwisko	Nr zgłoszenia	Stanowisko	Pełniona rola	Sposób kontaktu
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Chodzież, dn. r.

UPOWAŻNIENIE

DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 29 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679/UE z 27.04.2016 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, s. 1) - nazywane dalej RODO upoważniam

Panią/Pana

(imię i nazwisko)

.....

(stanowisko)

do przetwarzania danych osobowych (w tym szczególnych kategorii danych) osób stawiających się w charakterze stron i świadków na posiedzeniach **zespołu przyjmującego zgłoszenia naruszeń prawa lub i zespołu ds. działań następczych** oraz dokumentów zawierających dane osobowe w myśl art. 29 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 (RODO) oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Jednocześnie zobowiązuję Panią/Pana do przetwarzania danych osobowych, zgodnie z udzielonym upoważnieniem oraz z przepisami RODO, ustawy o ochronie danych osobowych, a także z Polityką Ochrony Danych w Szpitala Powiatowego w Chodzieży.

Upoważnienie wygasa z chwilą zakończenia udziału w pracach zespołu.

.....
Podpis Administratora Danych Osobowych

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o obowiązujących w **Szpitalu Powiatowym w Chodzieży** zasadach dotyczących przetwarzania danych osobowych, określonych w Polityce Ochrony Danych i zobowiązuję się ich przestrzegać.

Oświadczam, iż przyjmuję w/w polecenie

.....
podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

W związku z udziałem w pracach Zespołu przyjmującego zgłoszenia naruszenia prawa lub/i Zespołu ds. działań następczych w **Szpitalu Powiatowym w Chodzieży** zobowiązuje się:

1. do zachowania w ścisłej tajemnicy informacji poufnych w rozumieniu niniejszego oświadczenia.
2. chronić wszystkie uzyskane informacje poufne oraz dane osobowe przed ich ujawnieniem do wiadomości osób postronnych. Przez informacje poufne należy rozumieć wszelkie informacje (w tym przekazane lub pozyskane w formie ustnej, pisemnej, elektronicznej i każdej innej) wynikające z prac i związane z pracami zespołu, uzyskane w trakcie prac zespołu, w trakcie spotkań, posiedzeń bez względu na to, czy zostały one udostępnione w związku z pracami zespołu, czy też zostały pozyskane przy tej okazji w inny sposób.
3. nie ujawniać, upubliczniać, przekazywać ani w inny sposób udostępniać osobom trzecim lub wykorzystywać jakichkolwiek informacji poufnych.
4. przyjąć na siebie pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody spowodowane działaniami lub zaniechaniami, stanowiącymi naruszenie zobowiązań wynikających z niniejszego oświadczenia.
5. bezterminowo zachować poufności, o którym mowa w niniejszym oświadczeniu.

Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami, może być uznane przez Pracodawcę za ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych w rozumieniu art. 52 § 1 pkt 1 Kodeksu Pracy lub za naruszenie przepisów 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.

.....
podpis składającego