

Wzór oświadczenia o zachowaniu poufności informacji

Ja niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że:

1. nie ujawnię bez stosownego upoważnienia wydanego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, żadnych informacji, w szczególności prawnie chronionych, a także o sposobach zabezpieczenia stosowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, o ile wejdę w ich posiadanie, oraz nie przyczynię się do ich ujawnienia lub innych działań związanych z ich przetwarzaniem lub utratą itp. mogących spowodować szkodę dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, innych osób i podmiotów lub naruszenie przepisów prawa, w tym regulacji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, zarówno w trakcie wykonywania prac w związku z zawartą przez umową jak i po ich zakończeniu oraz będę przestrzegał/a wszelkich przepisów w tym zakresie;
2. zobowiązuję się nie wykraczać poza nadane mi uprawnienia oraz zobowiązuję się wykorzystywać przydzielone mi środki pracy, w tym systemy i urządzenia informatyczne, tylko do celów realizacji ww. umowy;
3. zobowiązuję się przestrzegać oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności za naruszenie obowiązujących zasad, wynikających w szczególności z:
 - 3.1 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),
 - 3.2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 412),
 - 3.3 rozdziału XXXIII ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r., poz. 2204 z późn. zm.).

imię i nazwisko

PESEL

podpis

miejsceowość, data