



**OŚWIADCZENIE\_STUDENTA\_PRAKTYKANTA**

|  |  |
|--|--|
| IMIĘ I NAZWISKO: *proszę wypełnić rubryki drukowanymi literami |  |
| Miejsce realizacji praktyki:                                   |  |

**Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że:**

1. zapoznałam(em) się z informacjami i dokumentem pn. VADEMECUM\_RODO, który dostępny jest na stronie [www.ukspum.pl](http://www.ukspum.pl) w portalu dla studenta oraz zrozumiałam(em) informacje uzyskane w ramach obowiązkowego szkolenia wstępnego - instruktażu ogólnego z dziedziny bezpieczeństwa informacji, ochrony danych osobowych, prywatności oraz cyberbezpieczeństwa i **zobowiązuję się:**
  - 1) do ochrony informacji, w tym danych osobowych, przed niepowołanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem;
  - 2) do przestrzegania przepisów RODO, ustawy o ochronie danych osobowych oraz innych przepisów dotyczących przetwarzania danych [w tym przepisów branżowych i wewnętrznych];
  - 3) do zachowania tajemnicy prawem chronionej, danych i informacji dotyczących podejmowanych czynności w związku z odbywaniem zajęć dydaktycznych, bez względu na sposób, formę ich utrwalenia lub przekazania o ile informacje nie są powszechnie znane bądź obowiązek ich ujawnienia nie wynika z obowiązujących przepisów prawa. Mam świadomość, że zobowiązanie zachowuje ważność w przypadku danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia bezterminowo, a w przypadku informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta;
  - 4) do niewykorzystywania danych osobowych w celach niezgodnych z programem zajęć dydaktycznych.
2. znam zakres swoich uprawnień, dostępu do danych osobowych, który uprawnia mnie do przetwarzania danych osobowych jedynie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych, pod nadzorem uprawnionego personelu medycznego;
3. zapoznałam(em) się z pełną informacją dotyczącą zasad przetwarzania przez Klinikę moich danych osobowych, która dostępna jest na stronie [www.ukspum.pl](http://www.ukspum.pl) w portalu dla studenta.

**Ja niżej podpisana(y) przyjmuję do wiadomości, iż:**

1. Klinika ma prawo odsunąć studenta/praktykanta od zajęć w przypadku, gdy student/praktykant nie przestrzega zasad dotyczących bezpieczeństwa informacji, w tym ochrony danych osobowych, ochrony prywatności i cyberbezpieczeństwa.
2. Postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może skutkować odpowiedzialnością karną przewidzianą w Ustawie o ochronie danych osobowych lub innych, właściwych przepisach prawa.

-----  
/Data i czytelny podpis składającego oświadczenie/

**Pouczenie:**

wypełniając obowiązek prawny wynikający z art. 13 ust. 1i2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)1) informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna PUM Sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie, Aleja Powstańców Wielkopolskich 72 budynek 18, reprezentowana przez Prezesa Zarządu.