

Wzory formularzy

Formularz 4.1

.....
Nazwa jednostki organizacyjnej

**Wykaz budynków i pomieszczeń, w których są przetwarzane dane osobowe
w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym**

L.p.	Nazwa zbioru danych	Lokalizacja (adres)	Nr pokoju/piętro	Funkcja lokalizacji ⁽¹⁾	Zabezpieczenie fizyczne ⁽²⁾

- (1) wypełnić przy zbiorach danych w systemach informatycznych: (S) - serwer, (K) - miejsce przechowywania kopii bezpieczeństwa, (Z) - pomieszczenie, w którym wykonywane są kopie bezpieczeństwa, (U) - pomieszczenie osób wprowadzających dane, (A) - pomieszczenie ASi
- (2) (K) - kraty w oknach, (A) - alarm, (W) - wzmocnione drzwi, (D) - System kontroli dostępu, (Z) - pomieszczenie zabezpieczone, co najmniej jednym zamkiem,

Formularz 4.2

.....
Nazwa jednostki organizacyjnej

Ewidencja osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych w tradycyjnych zbiorach danych i w systemach informatycznych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

L.p.	Nazwa zbioru danych ⁽¹⁾	Imię i nazwisko osoby uprawnionej	Identyfikator osoby uprawnionej ⁽¹⁾	Rodzaj uprawnień ⁽²⁾	Data nadania upoważnienia	Data utraty upoważnienia	Lokalizacja ⁽³⁾	Uwagi

(1) dotyczy tylko zbiorów danych w systemach informatycznych,

(2) skróty stosowane do określenia uprawnień: Z – pełne prawa do zarządzania zbiorem danych, W – pełne prawa do edycji danych (w tym drukowania, archiwizowania, usuwania), N – prawo do zakładania nowych kont użytkowników, M – prawo do dodawania i modyfikacji danych, P – prawo do przeglądania danych, D – prawo do drukowania danych, A – prawo do wykonywania kopii archiwalnych; Uwaga: w przypadku praw ograniczonych do określonej części zbioru danych (_p. studentów określonego kierunku studiów) należy ograniczenie to podać w polu Uwagi,

(3) należy podać liczbę porządkową zgodnie z załącznikiem 4,

Formularz 4.3

.....
Nazwa jednostki organizacyjnej

Wykaz zbiorów danych tradycyjnych i w systemach informatycznych, w których są przetwarzane dane osobowe w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

L.p.	Nazwa zbioru danych	Zakres i rodzaj danych w zbiorze	Forma bazy danych/System operacyjny serwera ^(1,2)	Sposób zabezpieczenia zbioru danych ⁽³⁾	Zawiera także dane osób spoza WUM (T/N)	Zbiór danych w systemie informatycznym chroniony przez UPS (T/N) ⁽¹⁾	Liczba miejsc przetwarzania zbioru danych

(1) dotyczy tylko zbiorów danych w systemie informatycznym (bazy danych)

(2) np. plik Excela/Windows 2000, lub baza MySQL/Mandrake 9.0

(3) przy opisie baz danych w systemach informatycznych należy zaznaczyć (oprócz zabezpieczeń organizacyjnych i fizycznych np. kontrola dostępu) np. (I) - indywidualne hasło dostępu do bazy danych, (S) - szyfrowanie bazy danych, (F) - wydzielona fizycznie sieć,

Formularz 4.4

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej)

Warszawa, dn.

Rektor/LADO
Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego
Pan/Pani

WNIOSEK

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) wnioskuję o nadanie

Pani /Panu/*

upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym z powodu¹

Upoważnienie wydaje się na okres²:

1. Zakres przetwarzania danych osobowych:³

2. Uprawnienia: **użytkownika / użytkownika uprzywilejowanego / ASI** z tytułu zajmowanego stanowiska - jakiego:

3. Sposób przetwarzania danych osobowych: **/papierowy / informatyczny /***

4. Obszar przetwarzania danych osobowych: /adres siedziby, piętro, nr pokoju/.....

5. Uprawnienia obejmują przetwarzanie danych wrażliwych (art. 27 Ustawy)/ **tak/nie/***

6. Osoba została zapoznana z przepisami o ochronie danych osobowych **tak/nie/***

(pieczęć i podpis kierownika jednostki administracyjnej)

/* niepotrzebne proszę skreślić

¹ zmiany władz Uczelni, zmiany na stanowisku, zatrudnienia, inny powód

² zatrudnienia na stanowisku, do dnia, inny okres

³ wszelkie operacje na danych osobowych wynikające z zakresu obowiązków na danym stanowisku, dokonywanie wpisów w indeksach studentów WUM,

Formularz 4.5

Warszawa,

.....
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

.....
.....
(stanowisko i nazwa jednostki organizacyjnej)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z przepisami dotyczącymi przetwarzania i ochrony danych osobowych i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Jednocześnie oświadczam, że:

- a) zapewnię ochronę danym osobowym przetwarzanym w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, a w szczególności zabezpieczę je przed dostępem osób nieupoważnionych, zabraniam, uszkodzeniem oraz nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem,
- b) zachowam w tajemnicy, także po ustaniu stosunku pracy, wszelkie informacje dotyczące przetwarzania oraz sposobów zabezpieczenia danych osobowych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym,
- c) natychmiast zgłoszę przełożonemu i Administratorowi Bezpieczeństwa Informacji w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym stwierdzenie próby lub faktu naruszenia zasad ochrony danych osobowych lub bezpieczeństwa systemu informatycznego, w którym przetwarzane są dane osobowe.

.....
(podpis osoby ubiegającego się o dostęp)

Warszawa, dnia

Oświadczenie wypełnia osoba, która wykonując swoje obowiązki musi posiadać dostęp do danych osobowych przetwarzanych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Oświadczenie jest zgodne z art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

Formularz 4.6

.....
(pieczęć nagłówkowa WUM)

Warszawa,

UPOWAŻNIENIE
do przetwarzania danych osobowych
w **Warszawskim Uniwersytecie Medycznym**

Stwierdza się, że Pan/Pani

zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie
danych osobowych (*tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.*)

otrzymał(a) dostęp do danych osobowych

przetwarzanych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (WUM), w ramach działań macierzystej jednostki organizacyjnej, w zakresie wykonywania operacji na danych osobowych, wynikających z zakresu obowiązków w WUM (zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie i usuwanie) w zakresie dopuszczonym przez prawo z uprawnieniami: **użytkownika/użytkownika uprzywilejowanego/ ASI /^{*}**.

Upoważnienie jest ważne na czas zatrudnienia na stanowisku

Upoważnienie nie może zostać przeniesione na inną osobę.

Upoważnienie wygasa z chwilą rozwiązania stosunku pracy.

Upoważnienie może zostać zmienione lub odwołane w każdej chwili.

.....
(pieczęć i podpis Rektora/LADO)

^{*} niepotrzebne proszę skreślić

Formularz 4.7

Warszawa, dnia

UPOWAŻNIENIE

Na podstawie art. 66 ust.2 ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity Dz. U. 2012, poz. 572 z późn. zm.) oraz art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

upoważniam Panią/ Pana/*

do wykonywania w obowiązków Lokalnego Administratora Danych Osobowych (LADO) związanych z przetwarzaniem i ochroną danych osobowych w

.....
.....
w zakresie określonym w Zarządzeniu Rektora WUM Nr/2015 z dnia 2015 r. w sprawie ochrony danych osobowych i baz danych przetwarzanych tradycyjnie i w systemach informatycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z późn. zm.

Upoważnienie nie może zostać przeniesiona na inną osobę.

Upoważnienie wygasa z dniem

Upoważnienie wygasa z chwilą rozwiązania stosunku pracy.

Upoważnienie może zostać zmienione lub odwołane w każdej chwili.

/* niepotrzebne proszę skreślić