

Tczew
(miejscowość)

, dnia

(DD.MM.RRRR)

OŚWIADCZENIE
O ZACHOWANIU POUFNOŚCI
PRZEZ LEKARZA WYZNACZONEGO

Ja niżej podpisany(-a) _____
(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)
zatrudniony(-a) w Inspekcji Weterynaryjnej Powiatowego Inspektoratu Weterynarii
w Tczewie _____,
(miejscowość siedziby jednostki)
na podstawie umowy o wykonanie czynności urzędowych
w imieniu Inspekcji Weterynaryjnej zostałem(-am) zapoznany(-a) z przepisami:

- 1) Rozporządzeniem 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. U. UE L 119 z 04.05.2016r. str. 1) – RODO.
- 2) Polityką ochrony danych osobowych w Inspekcji Weterynaryjnej Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Tczewie _____
(miejscowość siedziby jednostki)

Niniejszym zobowiązuję się przestrzegać zasad oraz procedur wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz regulacji wewnętrznych w zakresie ochrony danych osobowych.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczania, do których mam lub będę miał(-a) dostęp w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających ze stosunku zatrudnienia, zarówno w trakcie jego trwania, jak i po ustaniu.

Oświadczam, że zostałem(-am) pouczony(-a) o grożącej, stosownie do przepisów RODO oraz Rozdziału 11 ustawy z dnia 10 maja 2018r. (Dz.U. 2018 poz. 1000 Ustawa z dnia 10 maja 2018 r.) o ochronie danych osobowych, odpowiedzialności karnej za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia. Niezależnie od odpowiedzialności przewidzianej w wymienionych przepisach, mam świadomość, że naruszenie zasad ochrony danych osobowych, obowiązujących w Inspekcji Weterynaryjnej Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Tczewie może zostać uznane za naruszenie podstawowych obowiązków Zleceniobiorcy i skutkować odpowiedzialnością względem Administratora i osób trzecich.

(data)

(podpis składającego oświadczenie)