Administrator:
„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku
ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko

KARTA SZKOLENIA
Z ZAKRESU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie:
……..……

Nazwa Administratora: „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku

Szkolenie przeprowadzone zostało w dniu: …….

……..
(imię i nazwisko przeprowadzającego szkolenie)

Program szkolenia z zakresu ochrony danych osobowych:

1. Podstawowe definicje
2. Prawa osób, których dane dotyczą
3. Zasady dotyczące przetwarzania danych osobowych
4. Postępowanie w przypadku naruszenia danych osobowych
5. Reguły zarządzania systemami informatycznymi

Potwierdzam odbycie szkolenia, w pełni go zrozumiałem/am i zaakceptowałem/am.

Zobowiązuję się do przestrzegania zasad ochrony danych osobowych obowiązujących w podmiocie leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……..…
(podpis osoby, której udzielono szkolenia)

……
(podpis osoby udzielającej szkolenie)