*Załącznik nr 1* *do Regulaminu zgłoszeń wewnętrznych obowiązującego w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu*

**UPOWAŻNIENIE**

Upoważnienie do podejmowania czynności oraz przetwarzania danych w związku ze zgłoszeniami naruszeń prawa, dla których administratorem jest Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, reprezentowany przez Rektora

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Data nadania upoważnienia:

Zakres upoważnienia

Upoważniam Panią/a do pełnienia funkcji Pełnomocnika ds. zgłoszeń w rozumieniu Regulaminu zgłoszeń wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu („Regulamin”). Upoważnienie obejmuje umocowanie do podejmowania działań następczych w związku ze zgłoszeniami wewnętrznymi, przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń wewnętrznych oraz komunikacji z sygnalistami, w tym występowania o dodatkowe informacje i przekazywanie sygnalistom informacji zwrotnej, przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do przyjmowania, rozpatrywania, opiniowania, wyjaśniania zgłoszeń naruszenia prawa wpływających od sygnalistów, prowadzenia rejestru zgłoszeń oraz podejmowania wszelkich innych czynności przewidzianych w zakresie obowiązków Pełnomocnika ds. zgłoszeń w Regulaminie i podejmowanych dla realizacji tych obowiązków.

Upoważnienie obejmuje prawo do przetwarzania danych zgłaszających oraz osób wskazanych w zgłoszeniach przekazywanych przez zgłaszających w zakresie niezbędnym do realizacji wewnętrznej procedury przyjmowania i rozpatrywania zgłoszeń od sygnalistów oraz na zasadach określonych w Regulaminie.

Wskazane czynności będą realizowane z wykorzystaniem sprzętu oraz narzędzi udostępnionych przez administratora.

Upoważnienie obejmuje zbieranie danych, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, kopiowanie, przesyłanie, stosowanie pseudonimizacji, usuwanie, niszczenie po ustaniu przydatności.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data i podpis osoby nadającej upoważnienie)

**Oświadczenie osoby upoważnionej:**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z polityką i procedurami ochrony danych osobowych, a także Regulaminem zgłoszeń wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w nich zawartych. Zobowiązuję się do zachowania wszelkich informacji chronionych, do których otrzymam dostęp, a także metod ich zabezpieczeń w poufności, także po ustaniu upoważnienia. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy w zakresie informacji i danych osobowych, które uzyskałem/am w ramach przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń wewnętrznych oraz podejmowania działań następczych, także po ustaniu stosunku pracy lub innego stosunku prawnego, w ramach którego wykonywałem tę pracę.

Oświadczam, że wykonując swoje obowiązki zapewnię należytą poufność danych sygnalisty oraz innych danych osobowych zawartych w zgłoszeniach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data i podpis osoby otrzymującej upoważnienie