



Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie

Ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków

centrala 12 687 62 00, sekretariat 12 687 63 30, fax 12 687 63 31

e-mail: [sekretariat@dieta.krakow.pl](mailto:sekretariat@dieta.krakow.pl) strona internetowa: [www.szpitaldieta.pl](http://www.szpitaldieta.pl)

INSTYTUCJA WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO



## OŚWIADCZENIE

o zapoznaniu się z materiałem szkoleniowym z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, bhp, i ochrony danych osobowych, przygotowanym przez Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie oraz obowiązującą w Szpitalu zasadą poufności polegającą na obowiązku zachowania w tajemnicy i nieujawniania na zewnątrz wszelkich informacji powziętych w związku z prowadzonymi na terenie Szpitala zajęciami.

Imię i nazwisko studentki(ta)/praktykantki(ta).....  
Numer Albumu ..... Rok akademicki 20...../20.....  
Nazwa uczelni/kierunek studiów.....

### Oświadczam, że zapoznałam/em się z materiałem szkoleniowym

Ponadto zostałam(em) poinformowana/y, że na pierwszych zajęciach w Szpitalu, odbędzie się szkolenie praktyczne, prowadzone przez opiekuna grupy, w zakresie: higienicznego mycia rąk, higienicznej dezynfekcji rąk, zakładania rękawic medycznych niesterylnych jednorazowego użycia, bezpiecznego zdejmowania rękawic.

W okresie odbywania przeze mnie zajęć na terenie Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie przy wykorzystaniu baz danych Szpitala zobowiązuję się do nieujawniania, ani też przekazywania osobom trzecim żadnych informacji o charakterze poufnym, o których posiadałam/em wiedzę, lub które otrzymałam/em w trakcie opisanych powyżej zajęć.

Oświadczam, że zapoznałam się/em się z zasadami ochrony danych osobowych w Szpitalu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Przyjmuję do wiadomości, że mogę przetwarzać wyłącznie dane udostępnione mi przez Szpital w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych i zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych uzyskanych w związku z uczestnictwem w zajęciach i sposobów ich zabezpieczenia oraz do nieprzetwarzania tych danych w innych celach. Zachowanie tajemnicy obowiązuje mnie zarówno w czasie odbywania zajęć, jak i po ich zakończeniu.

Upoważniam do dostępu i przetwarzania danych osobowych w systemie tradycyjnym oraz w systemie informatycznym obejmującym obsługę systemu i urządzeń wchodzących w jego skład, w celach związanych z wykonywaniem obowiązków wynikającej z praktyki szkoleniowej w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Dietla w Krakowie w zakresie: **wgląd do dokumentacji.**

.....  
data

.....  
czytelny podpis studentki(ta)/praktykantki(ta)

### Informacja

**Student, praktykant zobowiązany jest do wypełnienia w/w oświadczenia ,wydrukowania i podpisania, a na pierwszych zajęciach przekazania do rąk koordynatora zajęć.**