

## Upoważnienie Nr .....

### do przetwarzania danych w związku ze zgłoszeniami naruszeń prawa

dla których Administratorem jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

Data nadania upoważnienia: .....

Data odwołania upoważnienia: .....

### Zakres upoważnienia

Upoważniam Pana/Panią\* do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do technicznej obsługi służbowej poczty elektronicznej – [sygnalista@mops.skarkam.pl](mailto:sygnalista@mops.skarkam.pl) dedykowanej do przekazywania przez Sygnalistów zgłoszeń wewnętrznych naruszenia prawa do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej, zwanego dalej Ośrodkiem.

Upoważnienie obejmuje prawo do przetwarzania danych Sygnalistów oraz osób wskazanych w zgłoszeniach przekazywanych przez Sygnalistów.

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

Upoważnienie obejmuje wgląd do danych, w przypadku gdy jest to niezbędne w celu zapewnienia prawidłowej obsługi technicznej służbowej poczty elektronicznej – [sygnalista@mops.skarkam.pl](mailto:sygnalista@mops.skarkam.pl)

### Oświadczenie osoby upoważnionej

Oświadczam, że zapoznałem/łam\* się z polityką bezpieczeństwa i procedurami ochrony danych osobowych, a także wewnętrzną „Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych, zwaną Procedurą Zgłoszeń Wewnętrznych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Skarżysku - Kamiennej” i zobowiązuje się do przestrzegania zasad w nich zawartych. Zobowiązuje się do zachowania wszelkich informacji chronionych, do których otrzymam dostęp, a także metod ich zabezpieczeń w poufności, także po ustaniu upoważnienia.

Oświadczam, że wykonując swoje obowiązki zapewnię należyłą poufność danych sygnalisty oraz danych zawartych w zgłoszeniach.

Podpis osoby nadającej upoważnienie (ADO): .....

Podpis osoby otrzymującej upoważnienie: .....