**Wniosek nr .....** */wypełnia ASI*

## o dostęp do nagranych rozmów z centrali telefonicznej w Szpitalu Specjalistycznym im. H. Klimontowicza w Gorlicach

Data .....

**Dane Wnioskującego:**

Imię i nazwisko/ nazwa instytucji: .....

Adres/ komórka organizacyjna*.....

** w przypadku gdy wniosek dotyczy zdarzenia związanego z wykonywana pracą*

Dane kontaktowe (telefon/ e-mail): .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszym wniosku w celu jego rozpatrzenia zgodnie z z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000).

**Zwracam się z prośbą o zabezpieczenie i udostępnienie nagrań dźwiękowych z centrali telefonicznej w zakresie:**

1. numer telefonu wewnętrznego: .....,
2. data, godzina: .....
3. podstawa prawna wniosku (*dla instytucji*) w załączeniu

w celu rozpatrywania zdarzenia, które miało miejsce: (opisać zdarzenie)

.....

.....

.....

..... **Zgoda** .....

podpis Wnioskującego — podpis Administratora Danych Osobowych

---

### Potwierdzenie udostępnienia nagrań dźwiękowych z centrali telefonicznej

Potwierdzam odbiór udostępnionego nagrania w postaci: */ *niepotrzebne skreślić*:

1. odsłuchu*,
2. nośnika elektronicznego, zabezpieczonego hasłem*.

Data: .....

..... .....

podpis Wnioskującego — podpis Administratora Systemów Informatycznych

---

### Odmowa udostępnienia nagrania

Data: ..... .....

podpis Administratora Danych Osobowych