



Załącznik nr 5
do procedury: Prowadzenie monitoringu wizyjnego
w Szpitalu Specjalistycznym im. H. Klimontowicza w Gorlicach P-BI-02

Wniosek nr /wypełnia ASI
o dostęp do nagrań z monitoringu wizyjnego
w Szpitalu Specjalistycznym im. H. Klimontowicza w Gorlicach

Data:

Dane Wnioskującego:

Imię i nazwisko/ nazwa instytucji:

Adres:

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 z monitoringu wizyjnego w zakresie:

1. obszar objęty monitoringiem/ nr kamery:
2. data, godzina:
3. podstawa prawna wniosku (*dla instytucji*) – w załączeniu.

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

.....
.....
.....

.....
podpis Wnioskującego

Zgoda

.....
podpis Administratora Danych Osobowych

Potwierdzenie udostępnienia nagrania z monitoringu wizyjnego

Potwierdzam udostępnienie nagrania w postaci: */ *niepotrzebne skreślić*:

1. do wglądu *,
2. nośnika elektronicznego* .

Data:

.....
podpis Wnioskującego

.....
podpis Administratora Systemów Informatycznych

Odmowa udostępnienia nagrania

Data:

.....
podpis Administratora Danych Osobowych