

UPOWAŻNIENIE

..... dnia

Działając na podstawie art. 27 ust. 2 oraz art. 29 ust. 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów (Dz.U. z 2024 r. poz. 982)

upoważniam

Panią/Pana*:

(imię i nazwisko)

.....

(stanowisko)

do: 1) przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń wewnętrznych,
1) prowadzenia rejestru zgłoszeń wewnętrznych,
2) podejmowania działań następczych w związku ze zgłoszeniami,
3) przetwarzania danych osobowych sygnalisty, osoby, której dotyczy zgłoszenie oraz osoby trzeciej wskazanej w zgłoszeniu
w ramach „Procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów obowiązującej w SP ZOZ w Mońkach”.

Osoba upoważniona zobowiązana jest do:

1. Zachowania tajemnicy w zakresie wszelkich informacji i danych osobowych pozyskanych w związku z wykonywaniem zadań objętych niniejszym upoważnieniem, w tym również po ustaniu stosunku pracy lub innego stosunku prawnego. Obowiązek ten obejmuje w szczególności nieujawnianie danych osobowych Sygnalisty, osoby, której dotyczy zgłoszenie, oraz osoby trzeciej wskazanej w zgłoszeniu, a także treści zgłoszenia i wszelkich informacji pozyskanych w trakcie jego weryfikacji.
2. Postępowania zgodnie z procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów przyjętą w SP ZOZ w Mońkach, z uwzględnieniem jej aktualizacji i zmian.
3. Działania w sposób bezstronny i obiektywny, bezstronnie oceniając zgłoszenia i podejmując decyzje w oparciu o rzetelne i weryfikowalne źródła informacji.
4. Niezwłocznego informowania Dyrektora SP ZOZ w Mońkach o wszelkich okolicznościach mogących mieć wpływ na rzetelne i bezstronne wykonywanie zadań objętych niniejszym upoważnieniem.

Jednocześnie zobowiązuję Panią/Pana* do przetwarzania danych osobowych zgodnie z udzielonym upoważnieniem oraz z przepisami RODO, ustawy z dnia 14 czerwca 2024r. o ochronie sygnalistów, a także z Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów SP ZOZ w Mońkach.

Upoważnienie jest ważne przez okres Pani/Pana* zatrudnienia w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach lub do odwołania.

.....
(podpis osoby uprawnionej do nadania upoważnienia)