

Załącznik nr 4 do Regulaminu praktyk w zawodach medycznych i innych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim

Sokołów Podlaski,
(Miejscowość) (data)

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

Ja, _____ zobowiązuję się do:
(imię i nazwisko)

- 1) zachowania w tajemnicy wszelkich danych osobowych pozyskanych w ramach wykonywania zadań służbowych, także po zakończeniu zatrudnienia / realizacji usługi; 2) wykorzystywania informacji pozyskanych w trakcie pracy tylko i wyłącznie do zrealizowania zadań służbowych;
- 3) stosowania wszelkich zasad i regulacji w ramach funkcjonującego Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem;
- 4) użytkowania powierzonych mi aktywów tylko i wyłącznie do celów służbowych, a nie prywatnych — zgodnie z dokumentacją Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem;
- 5) niezwłocznego poinformowanie bezpośredniego przełożonego o zaobserwowanym zdarzeniu / incydencie / naruszeniu, które wpływa na bezpieczeństwo podmiotu;

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)