

**WNIOSEK O UDZIELENIE DOSTĘPU ZDALNEGO  
(dla pracowników podmiotów zewnętrznych)**

Uprzejmie proszę o zezwolenie na korzystanie z dostępu zdalnego do systemu informatycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary, z komputera osobistego / notebooka.

Imię i nazwisko: ..... Stanowisko: .....

Miejsce zatrudnienia: .....

Uzasadnienie:

Na okres od: ..... do: .....

**Oświadczam, że:**

- a) zestaw komputerowy wykorzystywany do nawiązania połączenia zdalnego jest należycie chroniony i zabezpieczony przed dostępem osób niepowołanych, między innymi poprzez jego szyfrowanie, wykorzystywanie bezpiecznego połączenia VPN, stosowanie hasel dostępu. Na komputerze nie jest użytkowane nielegalne oprogramowanie, oraz oprogramowanie którego licencja nie zezwala na użytkowanie komercyjne,
- b) nie będę przetwarzał/a danych możliwych do pozyskania podczas połączenia zdalnego z zasobów informatycznych Szpitala,
- c) zapoznałem/am się i będę stosował/a się do Polityki Współpracy z Dostawcami / Wykonawcami w Zakresie Bezpieczeństwa Informacji,
- d) oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna, za naruszenie ochrony danych osobowych oraz treść przepisów:
  - Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
  - ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO,
- e) biorę odpowiedzialność za udostępnienie oraz utratę danych osobowych oraz szkody wynikłe z nieautoryzowanego dostępu do sieci WSS5 wynikającego z nienależytego zabezpieczenia wykorzystywanego przeze mnie połączenia zdalnego oraz zestawu komputerowego,
- f) zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych przetwarzanych przez WSS nr 5 oraz sposobu ich zabezpieczenia także po ustaniu okresu zatrudnienia,
- g) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku włączenia do sieci informatycznej Szpitala moja aktywność w niej może być monitorowana i wyrażam na to zgodę.

.....  
Podpis składającego wniosek

.....  
Podpis Przełożonego

Decyzja Dyrektora: .....

.....  
Podpis Dyrektora