

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO NARODOWEGO PROGRAMU SZCZEPIEŃ PRZECIWKO CHOROBIE WYWOŁYWANEJ ZAKAŻENIEM WIRUSEM SARS-COV-2 (COVID-19)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Liszkach, 32-060 Liszki 427, tel/fax 12 2806283, e-mail: sgzoz@przychodnialiszki.pl

W przypadku pytań dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych, a także przysługujących uprawnień, można się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych e-mail odo.dmarek@admarek.pl lub za pośrednictwem danych kontaktowych Administratora. Celem przetwarzania jest organizacja i przeprowadzenie szczepień, monitoring szczepień i ich sprawozdawczość w procesie wykonywania szczepień ochronnych w rządowym projekcie **Narodowego Programu Szczepień Przeciw COVID-19**, oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, zgodnie z prawem.

1 Dane przetwarzane są na podstawie:

- art. 6 ust 1 pkt a), tj. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych - wyłącznie w celu wskazanym w treści udzielonej zgody i wyłącznie przez Administratora i **podmioty uczestniczące** w procesie w celu organizacji i realizacji szczepień przeciwko chorobie wywołwanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

- art. 9 ust. 2 lit h) RODO przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej w związku z art.3 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

- art. 6 ust. 1 lit. c, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze

- art. 6 ust. 1 lit. f, jako niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora: (potwierdzenia realizacji szczepienia Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, przechowywanie dokumentacji medycznej)

2 Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy administracji państwowej, a także podmioty przetwarzające (podmioty, którym powierzono przetwarzanie danych osobowych w zakresie usługi systemu informatycznego) oraz inne podmioty uczestniczące w realizacji szczepień w tym podmioty administracji publicznej.

3 Administrator nie planuje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych. Dane osobowe mogą być udostępnione uprawnionym do tego podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

4 Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami prawa, w szczególności art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

5 Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz jest warunkiem udziału w procesie organizacji i realizacji szczepień. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niezakwalifikowanie Pani/Pana osoby do szczepienia.

Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie zgody. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych można przesłać e-mailem lub tradycyjną pocztą na adres Administratora.

6 Na zasadach określonych w RODO przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych na podstawie art. 15 RODO, a w szczególności prawo do bezpłatnej pierwszej kopii danych zgodnie z art. 15 ust. 3 RODO, prawo sprostowania danych nieprawidłowych, uzupełniania danych niekompletnych, usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Pani/Pana danych osobowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

7 Nie będzie Pani/Pan podlegała decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany

oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej dla osób przystępujących do narodowego programu szczepień przeciw chorobie wywołanej zakażeniem wirusem sars-cov-2 COVID-19 (szczepienia ochronne Covid-19) w zakresie przetwarzania danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych ujętych w formularzach zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) przez **Administradora Danych Osobowych oraz Podmioty uczestniczące** w procesie w celu organizacji i realizacji szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) oraz udostępnianie tych danych: Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, upoważnionym organom administracji państwowej.

Wyrażam zgodę na podanie przez personel medyczny SPZOZ informacji o dacie, godzinie i miejscu szczepienia w celu organizacji transportu. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji transportu na szczepienie przez osoby uczestniczące w realizacji zadania. Zadanie transportowe realizowane będzie na podstawie decyzji wojewody.

(Wypełnić w przypadku korzystania z transportu zorganizowanego przez UG Liszki).

W związku z dowozem do punktu szczepień służby/osoby/firmy dowożące wejdą w posiadanie moich danych osobowych takich jak: imię, nazwisko, adres, numer telefonu. Jestem świadoma/świadomy, że podanie tych danych jest dobrowolne ale niezbędne do celu realizacji transportu, a osoby uczestniczące w realizacji zadania oświadczają, że przetwarzają moje dane osobowe zgodnie z przepisami wynikającymi z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) tzw. RODO.

(Wypełnić w przypadku korzystania z transportu zorganizowanego przez UG Liszki).

Oświadczam, że zrozumiałam/zrozumiałam powyższe treści i świadomie dobrowolnie przystępuję do uczestnictwa w **Narodowym Programie Szczepień przeciw COVID-19, wywołanej zakażeniem wirusem Sars-cov-2**, a powyższe zgody i oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem:

Data i podpis