

Wniosek o udostępnienie nagrań z monitoringu

Ja.....

Numer telefonu kontaktowego

Składam wniosek o udostępnienie nagrań z monitoringu wizyjnego z okresu

od dnia..... godzina..... do dnia..... godzina.....

Z kamery obejmującej

.....

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SPZOZ Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie, ul. Montelupich 4, 31-155 Kraków.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu podjęcia działań na żądanie podmiotu danych (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), lub jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO),
3. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo do przeniesienia danych. Pomimo skorzystania z wymienionych praw, Administrator i tak może być uprawniony do dalszego przetwarzania moich danych, jeżeli uprawnienie takie wynikać będzie z obowiązujących przepisów prawa (np. art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
4. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl) w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza obowiązujące przepisy w tym zakresie
5. Pełna treść Klauzuli informacyjnej znajduje się na stronie www.uks.com.pl/ochrona-danych-osobowych

Wypełnia Inspektor Ochrony Danych Osobowych Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej

Potwierdzam zasadność wniosku w świetle przepisów RODO oraz polityki ochrony danych obowiązującej w jednostce. ☐ Tak ☐ Nie

Uzasadnienie (jeśli odmowa).....

.....

.....

data i podpis IODO

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udostępnienie nagrań z monitoringu

.....

podpis Dyrektora Kliniki