|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo szpitala | Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie  71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4 | Wydanie 1  Strona 1/1  Data wydania: |
| **WNIOSEK O UTRWALENIE MATERIAŁU Z SYSTEMU MONITORINGU WIZYJNEGO**  *Zał. Nr 2 do Regulaminu funkcjonowania monitoringu wizyjnego w SPWSZ w Szczecinie* | |

**Dyrektor SPWSZ**

**w/m**

Wnioskuję o utrwalenie materiału z systemu monitoringu wizyjnego na zewnętrznym nośniku elektronicznym

1. Imię i nazwisko osoby wnioskującej ……………………………………………………………………………
2. Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………………………………...
3. Data, czas i miejsce zdarzenia ……………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Uzasadnienie wniosku:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………… (data i podpis osoby wnioskującej)

1. Opinia Inspektora Ochrony Danych

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………… (data i podpis IOD)

1. Decyzja Administratora Danych Osobowych/ Dyrektora Szpitala

* wyrażam zgodę
* nie wyrażam zgody

……………………………………………………  
 (data i podpis ADO)