



SPWSZ
w Szczecinie

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4

WNIOSEK O UTRWALENIE ZAREJESTROWANYCH DANYCH PRZEZ SYSTEM MONITORINGU WIZYJNEGO

Załącznik nr 2 do Regulaminu monitoringu wizyjnego w SPWSZ w Szczecinie

Dyrektor SPWSZ
w/m

Wnioskuje o utrwalenie zarejestrowanych danych przez system monitoringu wizyjnego.

1. Imię i nazwisko osoby wnioskującej:
2. Telefon kontaktowy:
3. Data, czas i miejsce zdarzenia:
4. Uzasadnienie wniosku:

.....
.....

.....
(data i podpis osoby wnioskującej)

5. Opinia Inspektora Ochrony Danych:

.....
.....

.....
(data i podpis IOD)

6. Decyzja Administratora Danych Osobowych/ Dyrektora SPWSZ:

- € wyrażam zgodę
- € nie wyrażam zgody

.....
(data i podpis ADO)