**Obowiązek informacyjny dla pracowników w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez pracodawcę:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **N.Z.O.Z. SANITAS Michałów Reginów** (dalej: „ADMINISTRATOR”), z siedzibą: ul. Akacjowa 2, 05-119 Michałów Reginów. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: ul. Akacjowa 2, 05-119 Michałów Reginów, lub drogą mailową: sanitas2004@wp.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Andrzeja Rybus-Tołłoczko, z którym można się skontaktować pod adresem mailowym: **iodo@rt-net.pl.**
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie 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) oraz ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
5. zawarcia umowy i wykonywania obowiązków określonych dla pracodawcy przez przepisy prawa, w zakresie wykraczającym poza przepisy prawa pracy; przetwarzania i publikacji wizerunku na stronie internetowej lub portalach społecznościowych Administratora - art. 6 ust. 1 lit a RODO – dane będą przetwarzane do czasu odwołania zgody oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji;
6. zawarcia umowy i wykonywania obowiązków określonych dla pracodawcy przez przepisy prawa, w zakresie określonym przez przepisy prawa pracy – art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
7. powszechnego ubezpieczenia społecznego, opodatkowania wynagrodzenia – art. 6 ust. 1 lit c RODO;
8. w celu ustalenia i dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami - art. 6 ust. 1 lit. f RODO – dane będą przechowywane 3 lata od dnia wygaśnięcia stosunku pracy;
9. uzyskania potwierdzenia przez pracodawcę dopuszczenia do pracy przez lekarza medycyny pracy – art. 9 ust. 2 lit h RODO.

Dane osobowe opisane w pkt b), c) i e) powyżej będą przechowywane przez Administratora przez 50 lat, licząc od dnia rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy – dla stosunków pracy nawiązanych przed 1 stycznia 1999 r. oraz dla stosunków pracy nawiązanych po 31 grudnia 1998 r., a przed 1 stycznia 2019 r., jeżeli nie został złożony raport informacyjny; 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym stosunek pracy uległ rozwiązaniu lub wygasł albo od końca roku kalendarzowego, w którym raport informacyjny został złożony – dla stosunków pracy nawiązanych po 31 grudnia 2018 r. oraz dla stosunków pracy nawiązanych po 31 grudnia 1998 r., a przed 1 stycznia 2019 r., jeżeli został złożony raport informacyjny.

1. Dane osobowe nie pochodzą od stron trzecich.
2. Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
3. Administrator będzie przekazywał dane osobowe innym podmiotom, tylko na podstawie przepisów prawa,
w tym w szczególności do: Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego, związków zawodowych, organu prowadzącego oraz organu nadzoru, a także na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych.
4. Posiada Pan/ Pani prawo do:
5. żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;
7. cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. wniesienia skargi na działania Administratora do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem do wykonania obowiązków pracodawcy. Ich nie podanie spowoduje brak możliwości nawiązania współpracy. Zgoda na utrwalanie i publikację wizerunki jest dobrowolna.
10. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Ja, …………………………… wyrażam zgodę na:

 na przetwarzanie mojego wizerunku

 na przetwarzanie moich danych osobowych (dotyczy, gdy przekazane dane osobowe wykraczają poza zakres wskazany w art. 22 1 Kodeksu Pracy)

Zapoznałam/em się z obowiązkiem informacyjnym:

……………………………………… ……………………………………

/data/ /podpis/