

O Ś W I A D C Z E N I E

Imię i nazwisko	
Stanowisko służbowe	
Nazwa komórki organizacyjnej	

Stwierdzam własnoręcznym podpisem, że zapoznałem/am się z Polityką Bezpieczeństwa, oraz Instrukcją zarządzenia systemem informatycznym służącym do przetwarzania osobowych w Urzędzie Gminy Wągrowiec.

Jednocześnie, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 poz. 1182 z późn. zm.) zobowiązuję się do przetwarzania danych osobowych zgodnie z prawem, do ochrony danych przed niepowołanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją, zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskiwaniem danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Gminy Wągrowiec , oraz do zachowania ich w tajemnicy w czasie trwania jak i po ustaniu zatrudnienia/ stażu/praktyki/obowiązywania umowy*.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności służbowej i karnej w przypadku naruszenia przepisów.

.....
(imię, nazwisko i podpis osoby
przyjmującej oświadczenie)

.....
(data i podpis składającego
oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić

