

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ	ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ СЛУЖИТЕЛИ	Версия 01 / 2018-05-08 г.
--------------------------------------	---	---------------------------

ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ - СЛУЖИТЕЛИ

Аз,

.....

/име на служителя/

се съгласявам с това, че МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ може да обработва следните мои лични данни, на база законосъобразно обработване, за целите на Администрацията на човешките ресурси: Име, Презиме, Фамилия, ЕГН, Адрес, E-mail, Банкова сметка, Телефон, Информация за квалификации – дипломи, автобиографии, Информация за лична карта, Информация за медицинско състояние / болнични / ТЕЛК, Свидетелство за съдимост. Снимки, дигитални изображения на магнитен носител (видеозаписи).

Ако реша да предоставя допълнителна информация, МУ--София ще я използва, доколкото е релевантна за постигане на целите на обработването.

Информиран съм и съм съгласен личните ми данни да се обработват чрез ръчни и автоматизирани средства, като по отношение на тях няма да се прилага автоматизирано вземане на решения и профилиране.

Категориите получатели, на които могат да бъдат разкрити личните ми данни включват:

- ИТ доставчици за целите на разработване и техническа поддръжка на системите на МУ-София
- Куриерски организации, Туроператори, Служби по трудова медицина, Архивираща организации
- Банкови институция
- Одитори и консултанти, които проверяват спазването от страна на МУ-София на външни и вътрешни стандарти и изисквания
- НОИ, НАП, МОН, МЗ, Контролни органи, които извършват проверки за спазване на законодателството, съдебни органи и вещи лица, други държавни органи (полиция, следствие, прокуратура, ДАНС, Комисия за противодействие на корупцията и отнемане на незаконно придобито имущество и други), доколкото има законово задължение за предоставяне на такива данни.
- Собствени и партньорски звена за охрана
- Други трети лица по силата на нормативно изискване

Срок на съхранение на личните ми данни: съгласен съм личните ми данни да бъдат съхранявани и обработвани за сроковете, определен от МУ-София. Когато отпадне необходимостта от обработването личните ми данни за посочените по-горе цели, те ще бъдат изтрити по сигурен начин в съответствие с вътрешно-организационните правила на МУ-София.

Наясно съм и бях информиран, че мога да се свържа с Длъжностното лице по защита на данните на имейл: dro@mu-sofia.bg и адрес: гр. София 1431, бул. „Акад. Иван Гешов" № 15, МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ, Длъжностно лице по защита на личните данни, за да

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ	ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ СЛУЖИТЕЛИ	Версия 01 / 2018-05-08 г.
--------------------------------------	---	---------------------------

поискам достъп до лични данни, които МУ-София държи за мен, за коригиране на грешки, за да поискам заличаване или да възразя срещу обработването на личните ми данни.

Наясно съм и бях информиран, че имам право да подам оплакване относно обработването на личните ми данни от МУ-София до Комисията за защита на личните данни на имейл адрес: kzld@cpdp.bg

Наясно съм и бях информиран, че мога по всяко време да оттегля моето съгласие по отношение на данните, събирани на основание на съгласие, като използвам "Формуляра за оттегляне на съгласието на субекта за данни", чрез изпращане по имейл на dpo@mu-sofia.bg или по пощата на гр. София 1431, бул. „Акад. Иван Гешов" № 15, МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ, Длъжностно лице по защита на личните данни.

.....

/име на служителя/

Подпис:

Дата:
