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

**ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ**

Аз,

.................................................................................................................................................................

/*име на субекта на данни*/

се съгласявам с това, че МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ може да обработва следните мои лични данни

Име, Презиме, Фамилия, ЕГН, Адрес, Е-mail, Банкова сметка, Телефон, Информация за квалификации – дипломи, автобиографии, Информация за лична карта, Информация за медицинско състояние / болнични / ТЕЛК. Снимки, дигитални изображения на магнитен носител (видеозаписи).

за целите на

* Провеждане на учебна дейност
* Провеждане на изпити
* Научна дейност
* Международен обмен
* Провеждане на практики, стажове
* Публикуване на резултати от изпити на интернет страницата на Университета / Факултета
* Отпускане на стипендии
* Посещение на библиотеката на Университета / Факултета
* Издаване на уверения, справки и удостоверения
* Издаване на дипломи и Европейско дипломно приложение
* Настаняване в общежитие

Наясно съм и бях информиран, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, само по отношение на личните данни, които не засягат законосъобразността на обработването, като използвам “Формуляра за оттегляне на съгласието на субекта за данни", чрез изпращане по имейл на [dpo@mu-sofia.bg](mailto: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 субекта на данни* /

Подпис: Дата:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Поверително |  | Стр. 1 от 1 |

**Декларация за конфиденциалност**

1. **Какво съставлява конфиденциална информация** – всякаква информация, съдържаща лични данни (всяка информация, свързана с идентифицирано физическо лице или физическо лице, което може да бъде идентифицирано („субект на данни“) пряко или непряко, по-специално чрез идентификатор като име, идентификационен номер, данни за местонахождение, онлайн идентификатор или по един или повече признаци, специфични за физическата, физиологичната, генетичната, психическата, умствената, икономическата, културната или социална идентичност на това физическо лице), свързана с личността и здравословното състояние на пациентите, посещавали и посещаващи **университетските болници, които са бази за обучение на МУ-София.**
2. **Какво се приема за разгласяване на конфиденциална информация**: всякакъв вид устно или писмено изявление, предаване на информация на хартиен, електронен или друг носител, включително по поща, факс или ел. поща, както и всякакъв друг начин на разгласяване на информация, в това число чрез средствата на масовото осведомяване, печатни издания или интернет, което би довело до идентификация на съответното физическо лице и разгласяване на информация за него.
3. **Каква е целта на декларацията**: настоящата декларация се предоставя във връзка с изпълнение на нормативните изисквания по Общ регламент за защита на личните данни (Регламент (ЕС) 2016/679), с цел предприемане на мерки по защита на личните данни на пациенти на **университетските болници, които са бази за обучение на МУ-София**, достъп до които има всеки студент по медицина при осъществяване на практическо обучение в лечебните заведения.

Долуподписаният/ата………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………

(Трите имена)

**Д Е К Л А Р И Р А М:**

1. Няма да разгласявам по никакъв начин конфиденциална информация за пациенти на **университетските болници, които са бази за обучение на МУ-София,** станала ми известна по време на провежданото обучение в МУ-София.
2. Достъпната ми информация, касаеща пациенти на **университетските болници, които са бази за обучение на МУ-София** – ще пазя и ползвам добросъвестно единствено и само за целите на провежданото обучение, без да я разгласявам, предавам, разкривам по какъвто и да е начин, който би довел до идентификация на физическо лице и разкриване на отнасящите се до него лични данни
3. **Каква отговорност ще нося при нарушение на клаузите за конфиденциалност**: обезщетение за причинените вреди.

Дата:………………… Подпис:.............................

/………………/