

## **Банкова сметка**

**Банка: Юробанк България А Д**  
**Адрес: пл. „България“ № 1**  
**София 1000**

**Медицински факултет към МУ – София**  
**IBAN: BG 63 VPBI 7940 3163 9822 01**  
**BIC код: VPBIBGSF**

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**за здравно осигуряване на учащите се във висшите училища  
съгласно чл. 40, ал. 3, т. 2, т. 3 от Закона за здравното осигуряване**

Подписаният/ата/.....  
(име, презиме, фамилия)

учащ в курс..... фак. № ..... група .....

специалност..... факултет .....

адрес: гр. (с.)..... ж. к. (ул.).....  
(по лична карта)

Роден на ....., в гр./с ....., област .....

(ден, месец, година)

ЕГН .....

GSM .....

EMAIL .....

**ДЕКЛАРИРАМ:**

Получавам доходи от трудова дейност.

(вярното се отбелязва )

Не получавам доходи от трудова дейност.

(вярното се отбелязва )

Получавам наследствена пенсия.

(вярното се отбелязва )

Не получавам наследствена пенсия.

(вярното се отбелязва )

Получавам други доходи, върху които се дължат здравноосигурителни вноски по реда на чл. 40, ал. 1 от ЗЗО.

(вярното се отбелязва )

Не получавам други доходи, върху които се дължат здравноосигурителни вноски по реда на чл. 40, ал. 1 от ЗЗО.

(вярното се отбелязва )

Задължавам се да попълня нова декларация при промяна на декларираните обстоятелства.

Известно ми е, че за неверни данни нося отговорност по чл. 313 от НК.

Дата.....

ДЛЪЖНОСТНО ЛИЦЕ:

ДЕКЛАРАТОР:

**ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СТУДЕНТИ ЗА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ДАННИ**

Аз,

.....

курс.....група.....фак. №.....

(Трите имена курс, група, фак. №)

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

ЕГН, Три имена; Копие на лична карта; Постоянно местожителство; Телефон, E-mail, Месторождение, Гражданство, Семейно положение, Снимка, Подпис, Автобиография, Копия на дипломи, Информация за здравословен статус, Доход, Данни на членове на семейството за целите на:

- Провеждане на учебна дейност
- Провеждане на изпити
- Научна дейност
- Международен обмен
- Провеждане на практики, стажове
- Отпускане на стипендии
- Посещение на библиотеката на Университета / Факултета
- Издаване на уверения, справки и удостоверения
- Издаване на дипломи и Европейско дипломно приложение
- Наставяване в общежитие

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

- Контролни органи, които извършват проверки за спазване на законодателството, съдебни органи и вещи лица, други държавни органи (полиция, следствие, прокуратура, ДАНС), доколкото има законово задължение за предоставяне на такива данни
- ИТ доставчици за целите на разработване и техническа поддръжка на системите на МУ-София
- Чуждестранни и български образователни институции
- Куриерски организации, туроператори
- Трети лица доставчици на услуги
- Доставчици на юридически услуги
- Одитори и консултанти, които проверяват спазването от страна на МУ-София на външни и вътрешни стандарти и изисквания
- НОИ и НАП
- Други трети лица – администратори на лични данни, по силата на нормативно изискване.

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 dro@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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Декларация за конфиденциалност при работа на студента с документация на пациента

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.....

курс..... група..... фак. №.....  
(Грите имена курс, група, фак. №)

## ДЕКЛАРИРАМ:

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:.....

/...../  
/Грите имена на студента/

# ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата.....

.....ЕГН.....

Постоянен адрес:.....

.....

**Декларирам, че не се обучавам за придобиване на същата или по – ниска образователно – квалификационна степен в друг Държавен университет.**

**Декларирам настоящето във връзка с изискването по чл.91, ал.7, т.2 от Закона за висше образование.**

Дата:.....

Подпис:.....