

Polityka bezpieczeństwa w zakresie ochrony danych osobowych

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Załącznik Nr 23

do Polityki bezpieczeństwa w zakresie ochrony danych osobowych

Wniosek o dokonanie zmiany danych osobowych w systemie

Zgłoszenie zmian w systemie.....				Nr..... / rok
Data	Nazwisko i imię osoby zgłaszającej	Miejsce	tel. służbowy	Podpis

Zakres dokonanych zmian (*zakreślić właściwy zakres)

Uzupełnienie (1)	Tak*	Nie*	Uaktualnienie (2)	Tak*	Nie*	Sprostowanie (3)	Tak*	Nie*	Usunięcie (4)	Tak*	Nie*
------------------	-------------	-------------	-------------------	-------------	-------------	------------------	-------------	-------------	---------------	-------------	-------------

Dane Pacjenta

Nr księgi	PESEL	Nazwisko i Imię	Jednostka/komórka organizacyjna
Uzasadnienie			
.....			
.....			
.....			
.....			

Data

.....

(dokonania zmiany w systemie)

Podpis

.....

Administradora Systemu Informatycznego