Załącznik nr 4 do Umowy z dnia ……..…/2019

**Oświadczenie pracownika podmiotów zewnętrznych**

**o tym, że został poinformowany   
o stosowaniu monitoringu wizyjnego**

Oświadczam, że zostałem poinformowany o stosowaniu na terenie i wokół siedziby Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, monitoringu wizyjnego, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pracowników, a także ochrony mienia oraz zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić Fundusz na szkodę.

Monitoring nie obejmuje pomieszczeń sanitarnych, szatni, pomieszczeń socjalnych oraz palarni i nie naruszy to godności oraz innych dóbr osobistych pracownika, a także zasady wolności i niezależności związków zawodowych.

Nagrania obrazu Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane i przechowuje przez okres nieprzekraczający 3 miesięcy od dnia nagrania.

………………………..…………………………………………….

(data, miejsce i czytelny podpis pracownika)