

	<b>POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH</b>	ZAŁĄCZNIK 1
		Strona 1 z 1

Świętochłowice,  
(miejscowość i data)

**WNIOSEK O NADANIE/MODYFIKACJĘ/ODEBRANIE  
UPRAWNIEN W SYSTEMIE INFORMATYCZNYM**

nazwa zbioru danych osobowych/systemu informatycznego/zewnętrznej bazy danych:  
**DOKUMENTACJA MEDYCZNA**

Nowe uprawnienia

Modyfikacja uprawnień

Odebranie uprawnień

Imię i nazwisko użytkownika wraz z tytułem naukowym/zawodowym	Pesel i numer prawa wykonywania zwołu, specjalizacje	Komórka organizacyjna i stanowisko
	PESEL: NPWZ: - Specjalizacje:	
Opis zakresu uprawnień w systemie informatycznym		

.....  
(data i podpis bezpośredniego przełożonego użytkownika systemu -  
w przypadku modyfikacji)

.....  
(data i podpis Kierownika Sekcji Księgowości ds. Rozliczeń Osobowych)

Potwierdzenie nadania/modyfikacji/odebrania uprawnień (wypełnia ASI):

Nadano identyfikator:.....

Nadano / zmodyfikowano uprawnienia

Odebrano uprawnienia

Utworzono konto mailowe

.....  
(data i podpis Administratora Systemu Informatycznego)

Adres e-mail i hasło:

