

Załącznik nr 2 do
Regulaminu funkcjonowania monitoringu wizyjnego
w Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie

Data:.....

.....
(Nazwisko i imię)

.....
.....
(Adres)

WNIOSEK
O zabezpieczenie/udostępnienie danych osobowych z systemu monitoringu wizyjnego Szpitala
Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie

Zwracam się z prośbą o zabezpieczenie/udostępnienie wglądu do materiału z monitoringu wizyjnego Szpitala z dnia:, przedział czasowy:....., zarejestrowanego w miejscu:.....

Uzasadnienie wniosku:

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

Podpis osoby składającej wniosek:.....

Decyzja Dyrektora Szpitala

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody *

.....
(Data i podpis Dyrektora Szpitala)

.....
*Niepotrzebne skreślić