** DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA SZPITALA**

**do Ogólnopolskiego Programu „Bądź przy mnie – wsparcie
społeczne i duchowe dla chorych hospitalizowanych
z powodu COVID-19”**

ptodm@mp.pl |www.ptodm.org.pl

**Szpital**

 *nazwa i siedziba*

**reprezentowany przez**

 *imię i nazwisko, funkcja*

Przystępuje do ogólnopolskiego programu „Bądź przy mnie – wsparcie społeczne i duchowe dla chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19”, organizowanego przez Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM), reprezentowane przez Prezes Zarządu, prof. dr hab. n. med. Małgorzatę Krajnik, we współpracy z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, pod patronatem honorowym Rzecznika Praw Pacjenta.

**#1**

Celem programu jest obniżenie poziomu stresu i podniesienie jakości życia chorych leczonych w szpitalach poprzez zapewnienie im wsparcia społecznego i duchowego. Uzasadnienie projektu znajduje się w stanowisku PTODM (załącznik 1).

**Składowe projektu:**

**Podpora 1: Porozmawiaj ze mną**

Umożliwienie chorym, szczególnie niesamodzielnym, w stanie ciężkim lub w stanie zagrożenia życia, wirtualnego/telefonicznego kontaktu z osobami bliskimi.

**Podpora 2: Podnieś mnie na duchu**

Umożliwienie chorym bezpośredniego kontaktu z kapelanem.

**#2**

W ramachPodpory 1.szpital otrzymuje bezpłatnie od partnera technologicznego programu2 smartfony z kartami SIM przedpłaconymi na 6 miesięcy (rozmowy i SMS-y bez limitu oraz 13 GB Internetu miesięcznie) do wykorzystania na oddziałach covidowych (oddział zwykły i oddział intensywnej opieki medycznej) do rozmów chorych z ich bliskimi.

Ponadto dla personelu medycznego szpitala zostanie przygotowany materiał pomocniczy, ilustrujący jak wspierać chorych i ich bliskich w zakresie kontaktowania się.

Szpital wdraża procedurę wsparcia chorych w komunikacji (m.in. inicjowanie kontaktu telefonicznego przez personel medyczny, gdy chory nie jest w stanie uczynić tego samodzielnie, zwłaszcza w okresie umierania) z wykorzystaniem otrzymanych smartfonów i zobowiązuje się do ich wykorzystywania wyłącznie zgodnie z przeznaczeniem w programie.

**#3**

W ramach Podpory 2. partnerzy zobowiązują się wesprzeć szpital w razie potrzeby w zakresie zapewnienia kapelanom środków ochrony osobistej.

Szpital zapewni przeszkolenie duchownych (nie tylko kapelanów będących pracownikami szpitala,
ale również przedstawicieli innych wyznań delegowanych do posługi religijnej w szpitalu) w zakresie stosowania środków ochrony osobistej oraz poruszania się w reżimie sanitarnym zgodnie z przepisami ogólnymi i zasadami obowiązującymi w danej jednostce. Wdroży również odpowiednie procedury skutecznego informowania chorych o możliwości osobistego kontaktu z kapelanem (zgodnie z potrzebami religijnymi) oraz umożliwiające taki kontakt, przy zachowaniu procedur właściwych dla bezpieczeństwa epidemicznego.

**#4**

Szpital deleguje jako osobę kontaktową do realizacji programu,

 w tym do podpisania

 *imię i nazwisko oraz stanowisko*

 *numer telefonu komórkowego*

 *adres mailowy*

Podpis Dyrektora Szpitala

**#5**

Szpital wskazuje jako osobę upoważnioną do podpisania umowy darowizny oraz rejestracji karty SIM

 *imię i nazwisko oraz stanowisko*

 *numer telefonu komórkowego*

 *adres mailowy*

Podpis Dyrektora Szpitala

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

**#6**

Osoby wymienione w punkcie 4 i 5 złożą wyrażą oświadczenia o zapoznaniu się z Klauzulą Informacyjną stanowiącą załącznik nr 1,2. Oświadczenia te zostaną przekazane organizatorowi.

Podpis Dyrektora Szpitala

………………………………………………………………………………... ………………………………………………………………………………...

 czytelny podpis miejscowość i data

****

**Załącznik nr 1**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
PRZEZ POLSKIE TOWARZYSTWO OPIEKI DUCHOWEJ W MEDYCYNIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych "RODO"), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w deklaracji jest organizator programu - Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej W Medycynie z siedzibą w Krakowie 31-060, przy ul. Gazowej 14A, KRS: 0000611393, NIP: 6762505109, REGON: 364152720.

We wszystkich sprawach dotyczących danych osobowych należy kontaktować się pod adresem siedziby Administratora (powyżej) lub adresem email: ptodm@mp.pl.

2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia czynności zmierzających do realizacji udziału zainteresowanych podmiotów w programie oraz w celach dokumentacyjnych.

3. Podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność realizacji celów programu dla przystępujących do niego podmiotów.

4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przystąpienia do programu.

5. Dane osobowe mogą być powierzone do przetwarzania podmiotom współpracującym z Administratorem
w organizacji programu oraz podmiotom związanym z obsługą prowadzonej przez Administratora działalności statutowej,
w szczególności w zakresie usług informatycznych, pocztowych i kurierskich, księgowych, consultingowych, prawnych
i audytowych. W celu realizacji składowych programu, dane osobowe mogą zostać udostępnione partnerowi technologicznego programu w celu przekazania szpitalowi darowizny w postaci smartfonów.

6. W granicach przepisów prawa, osoba, której dane dotyczą ma prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, uzupełnienia, usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania; prawo do przenoszenia danych oraz ograniczenia przetwarzania w sytuacji gdy: (a) kwestionuje prawidłowość danych osobowych - na okres pozwalający Administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych, (b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem,
a osoba, której dane osobowe są przetwarzane sprzeciwia się usunięciu danych osobowych żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania, (c) Administrator nie potrzebuje już danych osobowych dla celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane osobowe są przetwarzane do ustalania, dochodzenia lub obrony roszczeń, a także prawo do cofnięcia,
w dowolnym momencie, ewentualnie wyrażonych zgód, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania oraz nie będą transferowane do państw trzecich bez zgody osoby, której dane dotyczą.

Potwierdzam zapoznanie się z informacjami zawartymi.

………………………………………………………………………………... ………………………………………………………………………………...

 czytelny podpis miejscowość i data

osoba kontaktowa do realizacji programu

**Załącznik nr 2**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
PRZEZ POLSKIE TOWARZYSTWO OPIEKI DUCHOWEJ W MEDYCYNIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych "RODO"), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w deklaracji jest organizator programu - Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej W Medycynie z siedzibą w Krakowie 31-060, przy ul. Gazowej 14A, KRS: 0000611393, NIP: 6762505109, REGON: 364152720.

We wszystkich sprawach dotyczących danych osobowych należy kontaktować się pod adresem siedziby Administratora (powyżej) lub adresem email: ptodm@mp.pl.

2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia czynności zmierzających do realizacji udziału zainteresowanych podmiotów w programie oraz w celach dokumentacyjnych.

3. Podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność realizacji celów programu dla przystępujących do niego podmiotów.

4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przystąpienia do programu.

5. Dane osobowe mogą być powierzone do przetwarzania podmiotom współpracującym z Administratorem
w organizacji programu oraz podmiotom związanym z obsługą prowadzonej przez Administratora działalności statutowej,
w szczególności w zakresie usług informatycznych, pocztowych i kurierskich, księgowych, consultingowych, prawnych
i audytowych. W celu realizacji składowych programu, dane osobowe mogą zostać udostępnione partnerowi technologicznego programu w celu przekazania szpitalowi darowizny w postaci smartfonów.

6. W granicach przepisów prawa, osoba, której dane dotyczą ma prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, uzupełnienia, usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania; prawo do przenoszenia danych oraz ograniczenia przetwarzania w sytuacji gdy: (a) kwestionuje prawidłowość danych osobowych - na okres pozwalający Administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych, (b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem,
a osoba, której dane osobowe są przetwarzane sprzeciwia się usunięciu danych osobowych żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania, (c) Administrator nie potrzebuje już danych osobowych dla celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane osobowe są przetwarzane do ustalania, dochodzenia lub obrony roszczeń, a także prawo do cofnięcia,
w dowolnym momencie, ewentualnie wyrażonych zgód, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania oraz nie będą transferowane do państw trzecich bez zgody osoby, której dane dotyczą.

………………………………………………………………………………... ………………………………………………………………………………...

 czytelny podpis miejscowość i data

osoba upoważniona

do podpisania umowy darowizny

oraz rejestracji karty SIM