****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARKUSZ OCENY PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO DANE OSOBOWE W ZWIĄZKU Z POWIERZENIEM PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH** | | | | |
| Wyjaśnienie: Zgodnie z art. 28 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: Jeżeli przetwarzanie ma być dokonywane w imieniu administratora, powierza on dane jedynie takim podmiotom przetwarzającym, które zapewniają wystarczające gwarancje wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie spełniało wymogi niniejszego rozporządzenia i chroniło prawa osób, których dane dotyczą. | | | | |
| **L.p.** | **Pytania dla Oferenta / Wykonawcy / Podmiotu przetwarzającego** | **TAK** | **NIE** | **UWAGI** |
| 1 | Czy w Państwa organizacji zostały wdrożone wymagania określone w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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)? |  |  |  |
| 2 | Czy w Państwa organizacji obowiązuje Polityka Bezpieczeństwa lub inny dokument(-y) regulujący(-ce) zasady ochrony danych osobowych? Jeżeli inny to proszę wskazać jaki w polu uwagi. |  |  |  |
| 3 | Czy dysponują Państwo Personelem przeszkolonym z zakresu ochrony danych osobowych (przynajmniej 1 osoba) |  |  |  |
| 4 | Czy dysponują Państwo odpowiednio zabezpieczonym programem antywirusowym sprzętem komputerowym umożliwiającym bezpieczne przetwarzanie danych osobowych w formie elektronicznej |  |  |  |
| 5 | Czy dysponują Państwo odpowiednio wyposażonymi i zabezpieczonymi pomieszczeniami umożliwiającymi bezpieczne przetwarzanie danych osobowych |  |  |  |
| **KOMENTARZ:** Jedynie udzielenie odpowiedzi "TAK" na wszystkie pytania ankiety lub wskazanie w rubryce "Uwagi" terminu i sposobu wypełnienia warunków umożliwiających odpowiedź TAK umożliwi podpisanie Umowy dotyczącej powierzenia danych osobowych a w konsekwencji umowy o dofinansowanie. | | | | |

|  |
| --- |
| Miejsce na kwalifikowany podpis elektroniczny zgodnie z reprezentacją Beneficjenta |

|  |
| --- |
| Miejsce na kwalifikowany podpis elektroniczny zgodnie z reprezentacją Beneficjenta |