**Załącznik nr 4**

do „Polityki bezpieczeństwa

Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego nr 1

w Częstochowie”

ZGŁOSZENIE NARUSZENIA BEZPIECZEŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH

Data i czas zdarzenia: …………………………………………………………………………...

Osoba powiadamiająca o zaistniałym zdarzeniu:

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

*(imię, nazwisko, stanowisko służbowe)*

Lokalizacja zdarzenia:

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

*(np. nr pokoju, nazwa pomieszczenia)*

Opis zdarzenia:

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

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

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

Kto uczestniczył w zdarzeniu:

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

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

…………………………………………………..

data i godzina przyjęcia zgłoszenia

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

*(imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie)*