

**Ordinance No. 6/02/2026**  
**of the Rector of Powiślańska Academy of Applied Sciences**  
**dated 12 February 2026**  
**regarding the update of the ‘Procedure for Conduct Following Occupational Exposure to Infection with HIV, HBV, and HCV’”**

Pursuant to Article 222 of the Act of 26 June 1974 – Labour Code (consolidated text: Journal of Laws 2025, item 277), Article 49(1) of the Act of 20 July 2018 – Law on Higher Education and Science (consolidated text: Journal of Laws 2024, item 1571, as amended), Article 41(5) of the Act of 5 December 2008 on the Prevention and Control of Infections and Infectious Diseases in Humans (Journal of Laws 2025, item 1675), §6 of the Regulation of the Minister of Science and Higher Education of 27 September 2018 on Studies (Journal of Laws 2023, item 2787, as amended), and §9(1) of the Regulation of the Minister of Health of 6 June 2013 on Occupational Safety and Health When Performing Work Involving Exposure to Sharp Instruments Used in the Provision of Health Services (Journal of Laws 2013, item 696), I hereby order as follows:

**§1**

1. The updated “Procedure for Conduct Following Occupational Exposure to Infection with HIV, HBV, and HCV” (hereinafter referred to as the Procedure) is hereby introduced, and constitutes an appendix to this Ordinance.
2. The Procedure defines the principles of action following exposure to blood and other potentially infectious biological material, with particular emphasis on the risk of infection with Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis B Virus (HBV), or Hepatitis C Virus (HCV), occurring as a result of an accident during the performance of teaching duties in the medical skills laboratories and Medical Simulation Centers of the Powiślańska Academy of Applied Sciences.
3. The Procedure applies to:
  - 1) Employees of the Powiślańska Academy of Applied Sciences while performing official duties,
  - 2) Persons employed at the Powiślańska Academy of Applied Sciences under an employment contract or civil law contract,
  - 3) Polish-speaking students,
  - 4) English-speaking students,
  - 5) Students participating in the ERASMUS program,
  - 6) Participants of postgraduate studies, specialist training, and other forms of education, — hereinafter referred to as Exposed Persons.

## §2

An Exposed Person performing, at the time of exposure, activities on behalf of Clinical Hospitals or other healthcare entities and units with which the Powiślańska Academy of Applied Sciences (PAAS) has agreements for the organization of student professional internships and practical classes, is subject to the post-exposure procedure in force at that clinical hospital, healthcare entity, or unit.

## §3

1. After an exposure to HIV, HBV, or HCV, actions must be taken in accordance with the Procedure.
2. The Exposed Person is obliged to immediately report any exposure incident to the person designated in the Procedure in the event of occupational exposure to potentially infectious biological material.

## §4

1. Supervision over the implementation and compliance with the Procedure is exercised by:
  - 1) In relation to employees and persons employed under civil law contracts or employment contracts — the immediate supervisor or the head of the organizational unit, as appropriate;
  - 2) In relation to Polish-speaking and English-speaking students, ERASMUS program students, and participants of postgraduate studies, specialist training, and other forms of education — employees of the University designated by the Vice-Rector for Practical Education, as well as supervisors of practical classes and professional internships.

## §5

1. Ordinance No. 9/12/25 of the Rector of the Powiślańska Academy of Applied Sciences of 16 December 2025, concerning the introduction of the “Procedure for Conduct Following Occupational Exposure to Infection with HIV, HBV, and HCV,” is hereby repealed.
2. This Ordinance enters into force on the date of its signing.

Katarzyna Strzała-Osuch, PhD, Professor of PAAS

Rector of Powiślańska Academy of Applied Sciences

## **Procedure for Conduct Following Occupational Exposure to Infection with HIV, HBV, and HCV**

### **1. Purpose of the Procedure**

The purpose of the Procedure is to define the principles of action in the event of occupational exposure to blood and other potentially infectious biological materials (PIBM), including post-exposure prophylaxis, documentation, and contact with the appropriate medical facilities.

### **2. Scope of Application**

The Procedure applies to:

- Employees and persons employed under civil law contracts,
- Students, participants of postgraduate studies, specialist training, and other forms of education,
- In relation to activities connected with the performance of official duties, teaching tasks, professional internships, or laboratory classes.

### **3. Terminology**

1. **Exposure** – contact with factors potentially or proven to be harmful to humans, such as blood or PIBM (potentially infectious biological material).
2. **Occupational exposure** – exposure related to the performance of official duties or teaching tasks.
3. **Potentially infectious material (PIBM)** – any biological material containing a pathogen, including:
  - blood,
  - body fluids (semen, vaginal secretions, cerebrospinal fluid, pleural fluid, synovial fluid, pericardial fluid, peritoneal fluid, amniotic fluid, breast milk, saliva during dental procedures),
  - human tissues (living or deceased),
  - cells, tissue cultures, or organ cultures containing HIV, HBV, or HCV.

4. **Exposed Person** – a person who, as a result of contact with biological material, has been exposed to infection.
5. **Source Person** – a person who constitutes a potential source of infection for the Exposed Person.

## 4. Procedure

### 4.1 Exposure and Risk Classification

1. Exposure not requiring special action:
  - Contact with intact skin or doubtful contact with biological material not contaminated with blood,
  - Superficial cut with a tool not contaminated with blood or PIBM,
  - Superficial wound without visible bleeding.
2. Exposure requiring post-exposure action:
  - **Probable** – intradermal puncture with a needle contaminated with blood/PIBM, contact of mucous membranes with blood/PIBM, superficial cut with a contaminated tool.
  - **Overt** – skin-penetrating injury with a needle contaminated with blood/PIBM, injection of blood, obvious contamination of a wound with infectious material.
  - **Massive** – blood transfusion, injection of a large volume (>1 ml) of blood/PIBM, parenteral exposure to laboratory samples with a high viral load.

### 4.2 Immediate Actions Following Exposure

In the event of exposure to blood or PIBM, regardless of whether the skin was broken or there was only contact with intact skin, mucous membranes, or the conjunctiva, the following actions must be taken immediately, according to the type of exposure:

#### 4.2.1. Contact of blood/PIBM with intact skin:

- Remove the contamination with a disposable towel,
- Wash the area with water and soap, then dry,
- Disinfect the skin with a suitable skin disinfectant.

#### 4.2.2. Skin injury with a tool contaminated with blood/PIBM or contact with broken skin:

- Do not stop the bleeding by squeezing or pressing,
- Rinse the wound with running water and soap,
- Dry the skin around the wound and cover with a sterile dressing.

#### 4.2.3. Contamination of mucous membranes or eyes:

- Immediately rinse with water or 0.9% NaCl solution.

#### 4.2.4. Entry of blood into the oral cavity:

- Rinse several times with water, avoiding swallowing.

### 4.3 Further Actions Following Exposure

#### 1. Reporting the incident:

- Employees/persons employed – to the head of the unit or immediate supervisor,
- Students and course participants – to the instructor, internship supervisor, or head of the unit.

#### 2. Responsibilities of the person receiving the report:

- Conduct an interview,
- Complete the **Incident Report Form** in two copies (Annex 1),
- Complete the **Individual Exposure Card** (Annex 2), including the consent of the source person or an agreed code word,
- Complete the referral for medical examination of the Exposed Person (Annex 3),
- Complete the test order for the source person (Annex 4),
- Refer the Exposed Person and, if applicable, the source person, to an infectious disease clinic, according to the relevant voivodeship.

**Pomeranian Voivodeship:** Infectious Diseases Clinic – Smoluchowskiego Medical Center (CMS)

- Address: Gdańsk, ul. Smoluchowskiego 18
- Tel.: 58/341-44-37 or 58/341-40-41 ext. 330
- Working hours: Mon–Fri until 14:00
- No referral required
- On holidays/weekends: Admissions Department, Maritime Hospital of the PCK, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – contact the on-duty doctor of the Infectious Diseases Department (tel. 587260546 or 587260545)
- Reporting should be immediate; prophylaxis should be started **within a maximum of 48 hours**

**Kuyavian-Pomeranian Voivodeship:** L. Rydygier Voivodeship Combined Hospital / Observation and Infectious Diseases Department named after Dr. Wanda Błęńska

- Address: ul. Św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń
- Tel.: 56 679 55 27

**Warmian-Masurian Voivodeship:** District Hospital in Pisz / Observation and Infectious Diseases Department

- Address: ul. Henryka Sienkiewicza 2, 12-200 Pisz
- Tel.: 87 425 45 14

3. Submit one copy of the Exposure Card and the consent for personal data processing to the Human Resources Department.

#### **4.4 Deadlines and Documentation**

- All procedures should be completed within 1–2 hours of exposure, and no later than 24 hours.
- Conducting tests on the source person is essential for the correct implementation of post-exposure prophylaxis.
- If the absence of a referral delays reporting, the Exposed Person should report without it and provide the referral **within 7 days**.
- Infectious disease physician: provides advice, orders serological tests, initiates treatment if necessary, and issues prescriptions for antiviral medications.

#### **5. Responsibilities**

- **Exposed Person:** immediate reporting of the incident.
- **Person receiving the report:** perform all documentation and organizational steps.
- **Unit heads/instructors:** ensure support and accessibility of the Procedure.

#### **6. Related Documents**

- Incident Report Form (Annex 1)
- Individual Exposure Card (Annex 2)
- Referral for Medical Examination (Annex 3)
- Test Order for the Source Person (Annex 4)
- Consent for Personal Data Processing (Annex 5)
- Information Clause (Annex 6)

#### **7. Annexes**

Annexes 1–6 as listed in Section 6.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WYPADKU STUDENTA, UCZESTNIKA STUDIÓW  
PODYPLOMOWYCH, KSZTAŁCENIA SPECJALISTYCZNEGO I INNYCH FORM KSZTAŁCENIA W  
ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ PROGRAMU STUDIÓW LUB NA TERENIE UCZELNI**

**(INCIDENT REPORT FORM FOR STUDENTS, POSTGRADUATE STUDY PARTICIPANTS,  
SPECIALIST TRAINING, AND OTHER FORMS OF EDUCATION IN CONNECTION WITH THE  
IMPLEMENTATION OF THE STUDY PROGRAM OR ON UNIVERSITY PREMISES)**

....., data (date) .....

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek:/Full name of the person reporting the incident:	
Dane kontaktowe osoby zgłaszającej wypadek (telefon, e-mail):/Contact details of the person reporting the incident (phone, e-mail):	
Imię i nazwisko osoby poszkodowanej:/Full name of the injured person:	
Dane kontaktowe osoby poszkodowanej (telefon, e-mail):/Contact details of the injured person (phone, e-mail):	
Data i miejsce urodzenia osoby poszkodowanej:/Date and place of birth of the injured person:	
Adres zamieszkania osoby poszkodowanej:/Residential address of the injured person:	
Wydział, na którym odbywane są studia:/Faculty where the studies are being undertaken:	
Forma kształcenia:/ Form of education:	
Rok studiów: /Year of study:	Kierunek studiów: /Field of study:
Miejsce wypadku:/Place of the incident: .....	w: sali wykładowej, laboratorium, sali sportowej <input type="checkbox"/> / in: lecture hall, laboratory, sports hall* inne/other: .....
Data i godzina wypadku:/Date and time of the incident:	
Okoliczności wypadku (krótki opis):/ Circumstances of the incident (brief description): ..... .....	
Przyczyny wypadku:/ Causes of the incident:	
Rodzaj udzielonej pierwszej pomocy:/ Type of first aid provided:	
Informacje dotyczące skutków wypadku dla poszkodowanego (rodzaj urazu):/ Information regarding the consequences of the incident for the injured person (type of injury):	
Czas niezdolności do nauki:/ Period of inability to attend classes:	
Świadkowie wypadku:/ Witnesses of the incident:	
(imię, nazwisko, adres, dane kontaktowe: telefon, e-mail)/ (Name, surname, address, contact details: phone, e-mail)	
(imię, nazwisko, adres, dane kontaktowe: telefon, e-mail)/ (Name, surname, address, contact details: phone, e-mail)	

.....  
Data i podpis osoby zgłaszającej wypadek/ Data i podpis osoby zgłaszającej wypadek

**INDYWIDUALNA KARTA EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA KREW LUB INNY  
POTENCJALNIE INFEKCYJNY MATERIAL ZAKAŹNY 1PIM  
(INDIVIDUAL CARD OF OCCUPATIONAL EXPOSURE TO BLOOD OR OTHER POTENTIALLY  
INFECTIOUS BIOLOGICAL MATERIAL - PIBM)**

.....  
(Pieczęćka jednostki organizacyjnej/Stamp of the organizational unit)

.....  
(Data/Date)

1. Imię i nazwisko osoby ekspozowanej:.....
  - Pracownik,
  - osoba zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej/ umowy o pracę/ Person employed under a civil law contract / employment contract,
  - student, uczestnik studiów podyplomowych, kształcenia specjalistycznego i innych form kształcenia\*(właściwe podkreślić)/ Student, participant of postgraduate studies, specialist training, or other forms of education\* (underline as appropriate).
2. Wiek/Age: .....
3. Data i godzina zdarzenia/Date and time of the incident: .....
4. Płeć/ Gender: .....
5. PESEL/ PESEL (Polish national identification number): .....
6. Miejsce zdarzenia/ Place of the incident:.....
7. Szczepienia WZW typu B (data) ..... wyniki testów osoby ekspozowanej (wypełnia poszkodowany o ile posiada taką wiedzę)/ Hepatitis B vaccination (date)::

WZW B /Hepatitis B (HBV)	Hbs Ag/ HBs Ag • dodatni/positive • ujemny/negative • brak badania/ test not performed	1--1Be Ag/HBe Ag • dodatni/positive • ujemny/negative • brak badania/ test not performed	Anty-HBs/ Anti-HBs • dodatni/positive • ujemny/negative • brak badania/ test not performed	Anty-HBc/ Anti- HBc • dodatni/positive • ujemny/negative • brak badania/ test not performed	data badania/ date of test
wzw c/ Hepatitis C (HCV)	Anty-HCV/ Anti- HCV • dodatni/positive • ujemny/negative • brak badania/ test not performed	HCV-RNA/ HCV- RNA • dodatni/positive • ujemny/negative • brak badania/ test not performed	ALT poziom/ ALT level • brak badania/ test not performed		

HIV/HIV	Anty-HIV/ Anti-HIV • dodatni/positive • ujemny/negative • brak badania/ test not performed				
---------	---	--	--	--	--

8. Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie ekspozycji/stanowisko/ *Full name and position of the person receiving the exposure report* .....

9. Rodzaj materiału infekcyjnego (właściwe podkreślić)/*Type of infectious material (underline as appropriate)*:  
 o Krew/Blood o Płyn mózgowo-rdzeniowy/Cerebrospinal fluid o Płyn opłucnowy/Pleural fluid o Płyn owodniowy/Amniotic fluid o Płyn otrzewnowy/Peritoneal fluid o Płyn osierdziowy/Pericardial fluid o Wydzielina pochwy/Vaginal secretions o Nasienie/ Semen o Maź stawowa/Synovial fluid o Ślina podczas zabiegów dentystrycznych/Saliva during dental procedures o Jakikolwiek płyn ustrojowy, widocznie skażony krwią/Any body fluid visibly contaminated with blood o Jakikolwiek płyn ustrojowy, który jest niemożliwy do rozróżnienia/ Any body fluid that cannot be distinguished o Tkanka ludzka/ Human tissue o Pożywki zawierające HIV, HBV, HCV/ Cultures containing HIV, HBV, HCV o inny (podać jaki)/ Other (specify) .....

10. Środki ochrony osobistej stosowane w chwili ekspozycji (właściwe podkreślić)/ *Personal protective equipment used at the time of exposure (underline as appropriate)*:  
 o Rękawiczki/ Gloves o Okulary ochronne Gogle/ Protective glasses / goggles o Osłony pleksiglasowe na twarz/ Plexiglass face shields o Maski jednorazowego użycia/ Disposable masks o Fartuch ochronny/ Protective gown o Czepek ochronny/ Protective cap o Inne/Other: .....

11. Narzędzie/sprzęt, będący przyczyną przerwania ciągłości tkanek (właściwe podkreślić)/ *Tool/equipment causing the tissue injury (underline as appropriate)*:  
 o igła ze światłem/Hollow needle o igła bez światła/Solid needle o inne ostre narzędzie (proszę podać)/Other sharp tool (please specify) ..... o inny materiał (proszę podać)/Other material (please specify) .....

12. Rodzaj czynności, w trakcie której doszło do ekspozycji/ *Type of activity during which the exposure occurred*: .....

13. Ekspozowana część ciała/ *Exposed body part*: .....

14. Głębokość zranienia (właściwe podkreślić)/ *Depth of injury (underline as appropriate)*:  
 o rana powierzchowna (np. otarcie naskórka)/Superficial wound (e.g., abrasion) o rana głęboka z lub bez krwawienia (proszę podać)/Deep wound with or without bleeding (please specify) ..... o nie dotyczy (ekspozycja błon śluzowych, spojówki oczu)/Not applicable (e.g., exposure of mucous membranes, eyes).

15. Czy narzędzie było zauważalnie zanieczyszczone krwią (właściwe podkreślić)/ *Was the tool visibly contaminated with blood (underline as appropriate)?* o tak/yes o nie/no o nie wiadomo/unknown o nie dotyczy (np. ekspozycja błon śluzowych)/not applicable (e.g., exposure of mucous membranes)

16. Zastosowano postępowanie miejscowe po ekspozycji u osoby ekspozowanej (udzielenie pierwszej pomocy)/ *Local actions taken after exposure (first aid provided to the Exposed Person)*:.....  
 godz./time .....

17. Zalecono postępowanie poekspozycyjne/Post-exposure procedure recommended:: .....

18. Świadcowie zdarzenia/Witnesses of the incident:

Imię i nazwisko/ Full name	Stanowisko/ Position	czytelny podpis/ Legible signature	Data/ Date

19. Czy znane są dane osoby źródłowej (właściwie podkreślić)/Is the source person known (underline as appropriate): o źródło nieznane/Unknown source o źródło znane/Known source

Imię i nazwisko lub hasło osoby źródłowej/Full name or code of the source person: \*.....

wiek/age ..... płć/gender.....

.....

data/ date

.....

podpis osoby eksponowanej/ Signature of the Exposed Person

\*dla uzupełnienia pkt 19 dane osobowe osoby źródłowej wymagane jest dobrowolne wyrażenie zgody na przetwarzanie tych danych przez osobę źródłową (załącznik nr 4 do procedury) oraz przekazanie klauzuli informacyjnej (załącznik nr 5 do procedury)/ To complete item 19, personal data of the source person requires voluntary consent for data processing by the source person (Annex 4 to the Procedure) and provision of the information clause (Annex 5 to the Procedure).

Annex No. 3 to the Procedure for Conduct Following Occupational Exposure  
to Infection with HIV, HBV, and HCV

.....  
(pieczęć PANS/PAAS stamp)

.....  
(miejsowość i data/Location and date)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE  
(REFERRAL FOR MEDICAL EXAMINATION)

pracownika/osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę/ umowy cywilnoprawnej/  
studenta/ uczestnika studiów podyplomowych, kształcenia specjalistycznego i innych form kształcenia \*  
Powiślańskiej Akademii Nauk Stosowanych na konsultację po ekspozycji zawodowej na krew i inny  
potencjalnie infekcyjny materiał oraz monitorowanie osoby ekspozowanej/*for an employee / person  
employed under an employment contract / civil law contract / student / participant of postgraduate studies,  
specialist training, and other forms of education\** at the Powiślańska Academy of Applied Sciences, for  
consultation following occupational exposure to blood and other potentially infectious material and for  
monitoring of the Exposed Person,

kieruję Panią/Pana/ *I hereby refer Ms./Mr.*.....  
(imię i nazwisko/ full name)

do/to ..... (podać właściwy  
podmiot leczniczy/ specify the appropriate medical facility) celem udzielenia świadczeń zdrowotnych  
w zakresie specjalistycznej profilaktyki poekspozycyjnej\*\* w wyniku kontaktu z materiałem biologicznym  
potencjalnie zakaźnym i ryzykiem zakażenia HIV, HBV, HCV w czasie wykonywania czynności  
zawodowych/pracy zleconej/realizacji praktyk studenckich lub zajęć dydaktycznych\* na stanowisku/  
*for the purpose of providing healthcare services in the scope of specialist post-exposure prophylaxis,  
following contact with potentially infectious biological material and the risk of HIV, HBV, or HCV  
infection during the performance of professional duties / assigned work / student internships or teaching  
activities\* at the position:*.....  
w dniu/on ..... o godzinie/at .....

.....  
(podpis i pieczęć osoby kierującej/ *Signature and stamp of the referring person*)

PANS jako Zleceniodawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielonych świadczeń zgodnie  
z wstawionymi fakturami. /*PAAS, as the Principal, undertakes to cover the costs of the provided services  
in accordance with the submitted invoices.*

Objaśnienia/ *Explanations:*

\*niepotrzebne skreślić/ *\*delete as appropriate*

\*\*profilaktyka poekspozycyjna obejmuje porady lekarskie osoby ekspozowanej oraz badania laboratoryjne  
w niezbędnym zakresie u tej osoby oraz źródła ekspozycji (jeśli jest znane)/ *Post-exposure prophylaxis includes  
medical consultation of the Exposed Person and necessary laboratory tests for the Exposed Person and the source of  
exposure (if known).*

Annex No. 4 to the Procedure for Conduct Following Occupational Exposure  
to Infection with HIV, HBV, and HCV

.....  
(pieczęć PANS/PAAS stamp)

.....  
(miejsowość i data/Location and date)

ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ LABORATORYJNYCH

ORDER FOR LABORATORY TESTS

w kierunku zakażenia krwi wirusami HIV, HBV, HCV w/ For testing of blood for  
infection with HIV, HBV, HCV at .....  
(podać właściwy podmiot leczniczy) „Materiał osoby Źródłowej”/ (specify the  
appropriate medical facility), “Source Person’s Material”

Pan/Pani/ Mr./Ms.\*

.....  
(imię i nazwisko lub hasło/ full name or code)

Wiek/Age..... Płeć/Gender.....

Imię i nazwisko osoby eksponowanej/Full name of the Exposed Person:

.....  
\_\_\_\_\_  
podpis i pieczętka osoby upoważnionej do wystawienia zlecenia/  
Signature and stamp of the person authorized to issue the order

\*dla uzupełnienia zlecenia o dane osobowe wymagane jest dobrowolne wyrażenie zgody na przetwarzanie tych danych przez osobę źródłową (załącznik nr 4 do procedury) oraz przekazanie klauzuli informacyjnej (załącznik nr 5 do procedury)/ To complete the order with personal data, voluntary consent for the processing of these data by the source person is required (Annex 4 to the Procedure) and provision of the information clause (Annex 5 to the Procedure)

Uwaga: osoba źródłowa udaje się do/ Note: The source person should go to .....  
(po godzinie/after ..... w dni robocze i świąteczne/on working days and holidays) lub do/or to  
..... (w dni robocze od godz. do godz./on working days from to  
.....).

PANS jako Zleceniodawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielonych świadczeń zgodnie z wystawionymi fakturami./ PAAS, as the Principal, undertakes to cover the costs of the provided services in accordance with the submitted invoices.

Annex No. 5 to the Procedure for Conduct Following Occupational Exposure  
to Infection with HIV, HBV, and HCV

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

CONSENT FOR PERSONAL DATA PROCESSING

Ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, wieku, płci przez Powiślańska Akademię Nauk Stosowanych z siedzibą główną w Kwidzynie (82-500), przy ul. 11 Listopada 29- jako administratora danych osobowych (dalej: PANS) - w celach/*I, the undersigned, hereby consent to the processing of my personal data, including my full name, age, and gender, by the Powiślańska Academy of Applied Sciences, with its main office in Kwidzyn (82-500), at ul. 11 Listopada 29, as the data controller (hereinafter: PANS) – for the purposes of:*

1) badania próbki materiału biologicznego ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) lub wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV)/*Testing of biological material with particular attention to the risk of infection with human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B virus (HBV), or hepatitis C virus (HCV).*

W każdej chwili przysługuje Tobie prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem/*You have the right to withdraw your consent for the processing of personal data at any time. Withdrawal of consent does not affect the lawfulness of processing carried out based on this consent prior to its withdrawal.*

Masz prawo zażądać przeprowadzenia badania z zachowaniem anonimowości podając hasło, które wpisuje się indywidualnej karty ekspozycji/*You also have the right to request that the test be conducted anonymously by providing a code, which is entered in the Individual Exposure Card.*

.....  
Miejscowość, data/Location, date

.....  
podpis/signature

Annex No. 7 to the Procedure for Conduct Following Occupational Exposure  
to Infection with HIV, HBV, and HCV

<b>KLAUZULA INFORMACYJNA/ INFORMATION CLAUSE</b>	
<p>Poniżej znajdziesz niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem 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, — zwanym dalej RODO — w związku z wykorzystaniem danych osobowych w celach promocyjnych. <i>Below you will find essential information regarding the processing of your personal data in accordance with Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (hereinafter: GDPR), in connection with the use of personal data for promotional purposes.</i></p>	
<b>Kto jest administratorem Twoich danych?/ Who is the administrator of your data?</b>	
<p>Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiślańska Akademia Nauk Stosowanych ul. 11 Listopada 29, 82-500 Kwidzyn. <i>The administrator of your personal data is the Powiślańska Academy of Applied Sciences, ul. 11 Listopada 29, 82-500 Kwidzyn.</i></p>	
<b>Z kim możesz się skontaktować?/ Who can you contact?</b>	
<p>We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez nas Twoich danych osobowych możesz skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email <a href="mailto:iod@powislanska.edu.pl">iod@powislanska.edu.pl</a> lub pod numerem telefonu +48 668 181 377. <i>For any matters related to the processing of your personal data, you may contact the Data Protection Officer at the email address <a href="mailto:iod@powislanska.edu.pl">iod@powislanska.edu.pl</a> or by phone at +48 668 181 377.</i></p>	
<b>W jakim celu przetwarzamy Twoje dane?/ For what purpose do we process your data?</b>	
<b>Cel przetwarzania/Purpose of processing</b>	<b>Podstawa prawna/Legal basis</b>
<p>Badanie próbki materiału biologicznego ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) lub wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) <i>Testing of biological material with particular attention to the risk of infection with human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B virus (HBV), or hepatitis C virus (HCV)</i></p>	<p>art. 6 ust. 1 lit. a) RODO w zakresie danych zwykłych takich jak np. twoje imię, nazwisko czy dane kontaktowe <i>Art. 6(1)(a) GDPR, regarding personal data such as your name, surname, or contact information</i></p>
<p>Kontakt w celu przekazania wyników <i>Contact for delivering test results</i></p>	<p>art. 6 ust. 1 lit. f) RODO w ramach prawnie uzasadnionego interesu administratora <i>Art. 6(1)(f) GDPR, based on the legitimate interest of the administrator</i></p>

**Komu udostępniamy Twoje dane?/ To whom do we disclose your data?**

Twoje dane osobowe mogą być udostępnione następującym kategoriom odbiorców:

- 1) podmiotom, którym muszą zostać udostępnione na podstawie przepisów prawa;
- 2) podmiotom, z którymi współpracujemy w celu zrealizowania naszych praw i zobowiązań (świadczącym na naszą rzecz usługi, w szczególności informatyczne, prawne, księgowo, transportowe, ochrony', kurierskie oraz pocztowe);
- 3) naszym kontrahentom, w związku z realizowanymi umowami.

*Your personal data may be shared with the following categories of recipients:*

- 1) *Entities required by law to have access to the data;*
- 2) *Entities we cooperate with to fulfill our rights and obligations (providing services on our behalf, in particular IT, legal, accounting, transport, security, courier, and postal services);*
- 3) *Our contractors in connection with the execution of contracts.*

**Przez jaki okres będziemy przetwarzać Twoje dane?/ For how long will we process your data?**

W zakresie w jakim Twoje dane przetwarzane są na podstawie zgody będą one przetwarzane do czasu jej odwołania. Okres przetwarzania danych osobowych może być przedłożony do czasu przedawnienia roszczeń. Po odwołaniu zgody albo upływie ostatniego z tych okresów Twoje dane osobowe zostaną przez nas usunięte lub zanonimizowane.

*Data processed based on your consent will be processed until withdrawal of consent. The retention period may be extended until the statute of limitations for claims expires. After withdrawal of consent or the expiry of the retention period, your personal data will be deleted or anonymized.*

**Jakie prawa przysługują Tobie w związku z przetwarzaniem przez nas danych osobowych?/**

*What rights do you have regarding the processing of your personal data?*

W związku z przetwarzaniem przez nas danych osobowych możesz skorzystać z następujących praw: dostępu do swoich danych, sprostowania (poprawiania) danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania oraz przeniesienia danych. Przysługuje Tobie także prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.

W zakresie w jakim dane przetwarzane są na podstawie Twojej zgody w każdej chwili przysługuje Tobie prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

Niezależnie od powyższych praw możesz wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych dokonywanego w ramach prawnie uzasadnione interesu administratora lub interesu publicznego. Twoje dane osobowe przestaną być przetwarzane w tych celach, chyba że zostanie wykazane, że w stosunku do Twoich danych istnieją ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Twoich interesów, praw i wolności lub Twoje dane będą niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

Aby mieć pewność, że jesteś uprawniony do skorzystania z praw możemy prosić Ciebie o podanie dodatkowych informacji pozwalających na dokonanie identyfikacji.

*In connection with the processing of your personal data, you have the right to: access your data, rectify (correct) your data, delete your data, restrict processing, and data portability. You also have the right to lodge a complaint with the supervisory authority for personal data protection.*

Where data are processed based on your consent, you have the right to withdraw consent at any

time; however, withdrawal does not affect the lawfulness of processing carried out on the basis of consent before its withdrawal.

*Regardless of the above rights, you may object to processing based on the legitimate interest of the administrator or public interest. Your personal data will cease to be processed for these purposes unless it is demonstrated that there are compelling legitimate grounds for the processing which override your interests, rights, and freedoms, or your data are necessary for the establishment, exercise, or defense of legal claims.*

*To ensure that you are entitled to exercise your rights, we may request additional information to verify your identity.*

**Czy podanie danych jest obowiązkowe?/ Is providing the data mandatory?**

Podanie danych jest w pełni dobrowolne, jednak ich niepodanie będzie skutkować niemożnością ich wykorzystania dla celów przeprowadzenia badania.

*Providing your data is entirely voluntary; however, failure to provide the data will prevent the test from being conducted.*

**O czym jeszcze powinieneś wiedzieć?/ What else should you know?**

Nie będziemy przekazywać Twoich danych poza EOG. Nie podejmujemy decyzji w sposób zautomatyzowany, czyli na podstawie automatycznej analizy danych.

*We will not transfer your data outside the EEA. Automated decision-making, including profiling, will not be used.*