

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIACH NAUKOWYCH

Administrator Danych Osobowych



Nazwa Administratora: Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Adres siedziby Administratora: Al. Raławickie 1, 20-059
Lublin tel. +48 81448 5000 NIP: 712-01-06-911, REGON:
000288716, www: <http://www.umlub.pl/>

Punkt kontaktowy w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych:

Inspektor Ochrony Danych,
Al. Raławickie 1, 20-059 Lublin,
IOD@umlub.pl

lub pisemnie na adres Administratora danych

„Postrzeganie własnej choroby a religijność i poczucie sensu życia wśród pacjentów z chorobami reumatycznymi i alkoholową marskością wątroby”
(tytuł badania)

Ja niżej podpisana/y)

[Redacted signature area]
(imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na:

Udział w w/w badaniu naukowym oraz wyrażam zgodę na pobranie następującego materiału biologicznego: 5 ml krwi żyłnej.

Została/em poinformowana/y, że badania mają charakter naukowy, uzyskałam/em pełne wyjaśnienia charakteru i celu badania, czasie jego trwania, sposobie jego przeprowadzenia, oczekiwanych korzyściach, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem. Zostałam/em również poinformowany o moich prawach i obowiązkach i miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących badania.

Zostałem poinformowany że zebrane informacje i uzyskane wyniki pozostaną poufne. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać się z badania i/lub wystąpić z wnioskiem o zniszczenie pobranego materiału biologicznego.

Zostałem również poinformowany, że odmowa udziału w badaniu lub też wycofanie zgody na udział w badaniu nie spowoduje utraty praw nabytych (tj. nie wpłynie negatywnie na moją dalszą opiekę medyczną).

Wiem, że moje dane osobowe nigdy nie zostaną ujawnione, a zebrane informacje pozostaną poufne.

Deklaruję również udzielenie niezbędnych z punktu widzenia badań informacji oraz udział w dalszych etapach realizacji badań.

[Redacted signature area]
Imię i nazwisko osoby biorącej udział w badaniu

[Redacted signature area]
Data i podpis osoby uprawnionej
do złożenia oświadczenia woli we własnym imieniu

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIACH

Administrator Danych Osobowych



Nazwa Administratora: Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Adres siedziby Administratora: Al. Raławickie 1, 20-059 Lublin

tel. +48 81448 5000 NIP: 712-01-06-911, REGON: 000288716

www: <http://www.umlub.pl/>

Punkt kontaktowy w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych:

Inspektor Ochrony Danych,

Al. Raławickie 1, 20-059 Lublin,

IOD@umlub.pl

lub pisemnie na adres Administratora danych.

- Na podstawie Rozporządzenia 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) zwanego RODO, Uniwersytet Medyczny w Lublinie jako Administrator Danych informuje, że:
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji badania
.....**Postrzeganie własnej choroby a religijność i poczucie sensu życia wśród pacjentów z chorobami reumatycznymi i alkoholową marskością wątroby...** na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) oraz w celach archiwalnych i statystycznych na podstawie art. 9 ust. 2 lit. j) RODO i art. 89 RODO, zaś wyniki badań będą prezentowane wyłącznie w postaci zanonimizowanej oraz jako zbiorcze zestawienia wniosków o charakterze ogólnym.
- Przetwarzane będą dane następujących kategorii:
 - dane osobowe zwykłe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a),
 - dane osobowe wrażliwe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a).
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do przeprowadzenia badań, a zgodę można cofnąć w każdym czasie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w okresie obowiązywania zgody, przechowywane będą wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji badań i przez czas przewidziany przepisami prawa oraz przez czas konieczny do odpięcia lub realizacji roszczeń cywilnoprawnych.

- Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez Administratora Danych do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
- Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą podlegać profilowaniu oraz nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- Ma Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do swoich danych,
 - żądania sprostowania danych,
 - żądania usunięcia danych,
 - żądania ograniczenia przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzoru.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania moich danych osobowych oraz o prawach, jakie mi przysługują w związku z przetwarzaniem danych osobowych:

.....
data i czytelny podpis

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIACH

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na udział w w/w badaniach oraz na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie i celu niezbędnym do przeprowadzenia badań oraz w celach archiwalnych i statystycznych. Jestem świadoma/y, że w każdej chwili mogę odwołać zgodę i zrezygnować z udziału w badaniach bez podania przyczyny.

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Data i podpis