ZGODA PACJENTA NA UDZIAŁ W BADANIU

ORAZ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am informację dla pacjenta oraz otrzymałem/am odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania.

Wyrażam dobrowolną zgodę na udział w badaniu i jestem świadomy/a, iż mogę w każdej chwili zrezygnować z udziału w nim bez podania przyczyny i bez jakichkolwiek konsekwencji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu, przez Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie w celu uczestnictwa
w badaniu pn. *…………………………………………………………………………………………..................
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* ***(podać tytuł/nazwę badania)*** zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (…) („Rozporządzenie Ogólne”) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych Dz.U. 2018 poz. 1000. Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza zgoda może być odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie do Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie.

……………………………………………………………

*miejscowość, data, czytelny podpis*

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 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 (…) („Rozporządzenie Ogólne”) Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie , ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków.
2. Uczelnia powołała Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w przypadku jakichkolwiek pytań lub uwag dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, przy ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1 w Krakowie lub za pośrednictwem adresu e-mail: iodo@afm.edu.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji badania pn.

………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ***(podać tytuł/nazwę badania)*** w Uczelni na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 pkt j ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

1. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do realizacji badania. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w badaniu.
2. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym do przetwarzania danych osobowych przez administratora, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
3. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji badań, a następnie przez okres archiwizacji przewidziany przepisami prawa.
4. Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, a także prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – w przypadkach i na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ogólnym.
5. Posiada Pani/Pan również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych można przesłać e-mailem na adres: iodo@afm.edu.pl lub pocztą tradycyjną na adres: ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich oraz do organizacji międzynarodowych, jak również nie będą podlegały profilowaniu.
7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Ogólnego.

Potwierdzam, że zapoznałam(em) się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

……………………………………………………………

*miejscowość, data, czytelny podpis*