

Załącznik 8- Zgoda uczestnika badania na przetwarzanie danych osobowych

W badaniu pt. „Wieloośrodkowy screening w kierunku ADHD wśród pacjentów pediatrycznych w wieku szkolnym chorujących na cukrzycę typu 1”

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka (imię i nazwisko)....., w celu realizacji w/w badania zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 z późniejszymi zmianami) o ochronie danych osobowych. Administratorem danych zebranych na potrzeby tego badania jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji badania. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej oraz nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji. Zostałem/-am poinformowany/-a, że dane medyczne będą wykorzystane w analizie i publikacji wyników badania wyłącznie w formie zanonimizowanej, uniemożliwiającej identyfikację konkretnych pacjentów. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy pod adresem e-mail: iod@umed.lodz.pl. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

(miejscowość) _____, dnia _____

Podpis Rodzica/Opiekuna: _____

Podpis osoby udzielającej informacji: _____

Ja (imię i nazwisko)....., oświadczam, że zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji w/w badania zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 z późniejszymi zmianami) o ochronie danych osobowych. Administratorem danych zebranych na potrzeby tego badania jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji badania. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej oraz nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji. Zostałem/-am poinformowany/-a, że dane medyczne będą wykorzystane w analizie i publikacji wyników badania wyłącznie w formie zanonimizowanej, uniemożliwiającej identyfikację konkretnych pacjentów. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy pod adresem e-mail: iod@umed.lodz.pl. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

(miejscowość) _____, dnia _____

Podpis Pacjenta >13 r.ż: _____

Podpis osoby udzielającej informacji: _____

