Ocena stanu zdrowia psychicznego pracowników ochrony zdrowia

Ja niżej podpisana/y………………………………………………………………………………………….oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez Urszulę Szybowicz o celu powyższego badania klinicznego, czasie trwania, sposobie jego przeprowadzenia, oczekiwanych korzyściach, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestniczeniem w tym badaniu oraz o moich prawach i obowiązkach .

Przeczytałam/em też i zrozumiałam treść Formularza Informacyjnego dla Pacjenta. Poinformowano mnie, że dodatkowe pytania dotyczące badania mogę kierować bezpośrednio do osoby prowadzącej badania i że uzyskam na nie wyczerpującą odpowiedź.

Oświadczam, że wszelki podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i zapewniam, że będę informowała/ł na bieżąco o wszelkich zmianach w stanie mojego zdrowia, w tym o fakcie ewentualnego zajścia w ciążę.

Jestem świadoma/y przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w badaniu na każdym jego etapie, bez podania przyczyny. Wiem również, że skorzystanie z tego prawa nie wpłynie na dalszy przebieg mojego leczenia. Otrzymałam/em do rąk własnych Formularz Informacyjny dla Pacjenta oraz Formularz Świadomej Zgody na udział w badaniu.

Niniejszym wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę na udział w tym badaniu oraz na anonimowe przetwarzanie, udostępnianie i na publikację wyników moich badań,

zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku

oraz przyjmuję przedstawione mi warunki ubezpieczenia.

……………………………………………………………….

imię i nazwisko uczestnika badania

…………………………………………………………. ……………………………….

*podpis  uczestnika                                                            data*

Oświadczenie osoby odbierającej Formularz Świadomej Zgody

Ja niżej podpisana/y wyjaśniłam/em Uczestnikowi badania szczegóły proponowanego badania, zgodnie z opisem w Formularzu Informacyjnym. Zanim podjęte zostały jakiekolwiek procedury omówiłam/em udział w całym programie badawczym informując o celu i charakterze badania klinicznego oraz o korzyściach i zagrożeniach wynikających z udziału w tym badaniu. Przekazałam/em do rąk własnych Formularz Informacyjny oraz Formularz Świadomej Zgody na udział w badaniu.

……………………………………………………………….

imię i nazwisko badacza *(drukowanymi literami)*

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

*podpis i pieczęć badacza                                                             data*

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego z siedzibą w Poznaniu, ul. Fredry 10, informuje,  że  zgodnie z  obowiązującym 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwane RODO:

1.Administratorem Państwa danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego z siedzibą w Poznaniu, ul. Fredry 10 61-701 Poznań, Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej UMP mająca siedzibę przy ul. Bukowskiej 70*.*

2. Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji  projektu badawczego Ocena stanu zdrowia psychicznego pracowników ochrony zdrowia.

3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora danych  przez okres uzależniony od celu przetwarzania danych osobowych tj.  przez okres 20 lat.

4. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane przez Administratora danych podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia  przetwarzania danych osobowych oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa w celu realizacji projektu badawczego.

5. Przysługuje Państwu prawo do uzyskania informacji dotyczącej przetwarzania przez Administratora danych żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych, prawo  do przenoszenia dostarczonych danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność  z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed  jej wycofaniem.

6. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych,  ul. Stawki 2 w Warszawie,  jeżeli uznacie Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

7. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych  za pomocą e-mail: [iod@ump.edu.pl](mailto:iod@ump.edu.pl).

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

………………………………………………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………………………………

Adres zamieszkania

……………………………………………………………..

PESEL

…………………………………………………………………

Adres e-mail

…………………………………………………………………..

Nr telefonu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych  w zakresie danych identyfikacyjnych (imię, nazwisko, PESEL), kontaktowych (adres, telefon, e-mail) oraz danych medycznych uzyskanych z wypełnionych ankiet i wyników wykonanych badań, a także danych pozyskanych w trakcie obserwacji i nadzoru przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego z siedzibą w Poznaniu,                                         ul. Fredry 10, Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej UMP  mająca siedzibę przy ul. Bukowska 70 Poznań w celu  realizacji  projektu badawczego Ocena stanu zdrowia pracowników ochrony zdrowia.

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) zwane RODO Art.6 ust. 1 lit. a, Art.9 ust. 2 lit. a.

Podpis osoby wyrażającej zgodę:   
…………………………………………………………………………………………….

Miejsce i data………………………………………………………………………………………..