Warszawa, dnia………………………….

**Oświadczenie Uczestnika eksperymentu medycznego
(zwanego dalej: Uczestnikiem)\***

Zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) w zw. z art. 7 oraz art. 9 ust. 2 pkt a) 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, Ja niżej podpisany/a:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko Uczestnika /przedstawiciela ustawowego Uczestnika)

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

(numer PESEL Uczestnika/przedstawiciela ustawowego Uczestnika)

 **** 

 **\*\* Wyrażam zgodę \*\* Nie wyrażam zgody**

na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Uczestnika w stosunku do którego, jestem przedstawicielem ustawowym.

……………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko Uczestnika)

……………………………………………………………………………………………..

(numer PESEL Uczestnika)

przez**Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH - PIB**) z siedzibą przy ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, w celu wzięcia udziału w eksperymencie medycznym (tytuł projektu badawczego)

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

prowadzonym przez NIZP PZH - PIB.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 1 RODO zostałem poinformowany/na, że:

1. administratorem danych osobowych Uczestnikówjest **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH - PIB**) z siedzibą przy ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pzh.gov.pl;
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe (imię, nazwisko, numer pesel, dane dotyczące zdrowia) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a) oraz art. 6 ust. 1 lit. a) w zw. z art. 7 RODO, w celu wzięcia udziału w eksperymencie medycznym - prowadzonym przez NIZP-PZH - na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz na podstawie oraz art. 6 ust. 1 lit. e) w zw. z art. 9 ust. 2 lit i) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku w celu wzięcia udziału w eksperymencie medycznym prowadzonym przez NIZP-PZH;
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Z kolei zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu, a po tym czasie przez okres wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów, przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie danych (wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem);
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

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

(data i podpis Uczestnika) (data i Podpis przedstawiciela ustawowego Uczestnika)

\***Uczestnik** tj. Pacjent, Przedstawiciel ustawowy Pacjenta

\*\*Wyrażając zgodę proszę zaznaczyć „**X**” w polu „**Wyrażam zgodę**”

\*\*Nie wyrażając zgody, proszę zaznaczyć „**X**” w polu „**Nie wyrażam zgody**