wzór 2

|  |
| --- |
| wzór (wypełnić w edytorze Word) |

**INFORMACJA O SPOSOBIE GROMADZENIA ORAZ PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH i MEDYCZNYCH**

Tytuł projektu badawczego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko kierownika badania **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**KLAUZULA** **INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych osobowych – RODO) informuję, że:

1.Administratorem Pana/i danych osobowych jest .................................................................................

z siedzibą w ..............., ul. ...................................................................................................................

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych pod adresem e-mail: ………………………., tel……………………..

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji projektu badawczego jw. w (Zakład/Pracownia).................................................................................................................. szczegółowo opisanym w dokumencie „Informacja o badaniu”(zał. wzór nr 1).

4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

5. Administrator nie udostępnia Pani/Pana danych osobowych żadnym odbiorcom z wyjątkiem,

gdy obowiązek taki wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego lub umowy\* zawartej przez Administratora.

6. Administrator może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy\* zawartej na piśmie, przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w imieniu administratora.

7. Dane osobowe będą przechowywane przez czas trwania badania oraz pełnego opracowania i wykorzystania jego wyników.

8. Ma Pani/Pan prawo do żądania:

o dostępu do treści swoich danych osobowych

o sprostowania swoich danych osobowych

o usunięcia swoich danych osobowych

o ograniczenia ich przetwarzania

o wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

9.Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku podejrzenia, że dane osobowe są przetwarzane z naruszeniem przepisów prawa.

10. Cofniecie zgody na przetwarzanie Pani/Pan danych osobowych pozostanie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania tych danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

12. Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, nie będzie Pani/Pan podlegała/ł profilowaniu.

*\*wpisać podmioty, z którymi takie umowy/ porozumienia zostały zawarte*

**AKCEPTACJA UCZESTNIKA PROJEKTU BADAWCZEGO**

……………………………

*/imię i nazwisko osoby badanej/*

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją i akceptuję podane w niej warunki wykorzystania moich danych osobowych i medycznych w ramach wskazanego wyżej projektu badawczego.

...............................................

*/podpis badanego/*

 Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę/y na wykorzystanie moich danych osobowych
w ramach wskazanego wyżej projektu badawczego.

...............................................

*/podpis badanego/*

*\*niepotrzebne skreślić*