**Świadoma zgoda**

**na przetwarzanie danych osobowych**

(wzór)

* **Dotyczy:** eksperymentu medycznego pt.” ……………………………..……………. ………………………………………………………………………………………

**…**……………………………………………………………………………………..”

* Informujemy, że Administratorem danych osobowych Pana (-i) / Pana (-i) dziecka jest przez czas trwania eksperymentu *np*. *Klinika ……………………………. UMed w Łodzi.*
* Przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji, przedstawionych w przedłożonym wczesniej formularzu informacji o badaniu, założeń eksperymentu medycznego będzie odbywać się na podstawie wyrażonej przez Pana (-ią)/ Pana (-i) dziecko świadomej zgody na udział w badaniu.
* Zapewniamy, że przez cały okres przetwarzania, dane osobowe Pana (-i), Pana (-i) dziecka będą poddane ochronie prawnej, należycie zabezpieczome i przechowywane w miejscu uniemożliwiającym dostęp osobom nieupoważnionym, będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji tego badania naukowego.
* W przypadku gdy uzna Pan (-i), że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych ma Pan (-i) prawo złożyć skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich /mojego dziecka dla potrzeb niniejszego eksperymentu medycznego zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (*na podstawie art. 9 ust. 2 lit. 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*). Dane te zostają przekazane przeze mnie świadomie i dobrowolnie.
* Zgadzam się na przekazanie anonimowych / zakodowanych danych partnerom tego projektu naukowego, w ramach nawiązanej współpracy z innymi krajowymi czy zagranicznymi ośrodkami jedynie z gwarancją odpowiedniego poziomu zabezpieczenia.
* Zostałem(am) poinformowany(a), że mam prawo wglądu do moich / mojego dziecka danych osobowych, jak również, że w każdym momencie mogę cofnąć taką zgodę bez podania przyczyny.
* Jestem świadomy (-a), że co do zasady dalsze uczestnictwo moje / mojego dziecka dla potrzeb niniejszego eksperymentu medycznego w przypadku wycofania w/w zgody będzie niemożliwe a zgromadzone do tej pory dane mogą zostać wykorzystane i przetwarzane jako część bazy danych badania.

 **Uczestnik badania Rodzic /opiekun dziecka Dziecko**

…………………………… ………………………………. ………………………..

 IMIĘ i NAZWISKO IMIĘ i NAZWISKO IMIĘ i NAZWISKO

 (LITERY DRUKOWANE) (LITERY DRUKOWANE) (LITERY DRUKOWANE)

…………………………. …………………………… ………………………..

 Data /podpis Data /podpis Data /podpis

 **Badacz /osoba udzielająca wyjaśnień**

 ……………………………

 IMIĘ i NAZWISKO

 (LITERY DRUKOWANE)

 ………………………….

 Data /podpis/pieczęć