…………………, dnia ..........................

Powiślańska Szkoła Wyższa

Wydział Nauk o Zdrowiu

*……………………………………………………….*

*(Imię i nazwisko studenta)*

……………………………………………………….

*(kierunek studiów, poziom studiów, forma studiów)*

……………………………………………………….

*(Telefon kontaktowy, e-mail)*

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej do pracy dyplomowej**

**i/lub\* Wniosek o wyrażenie zgody na przeprowadzenie anonimowego badania ankietowego wśród ………………..……………….\*\***

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

*dane Dyrektora Podmiotu Leczniczego*

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

*pełna nazwa Jednostki*

*..………………………………………………..*

*adres*

Zaświadcza się, że Pan/Pani ............................................................... nr albumu …………………………………

Student/ka ............. roku, kierunku …………………….. studiów pierwszego/drugiego stopnia\*   
Wydziału Nauk o Zdrowiu w Powiślańskiej Szkole Wyższej, przygotowuje pracę dyplomową na temat:

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

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

Promotorem pracy dyplomowej jest ……………………………………………………………………………………………………

W związku z powyższym zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na\*:

* udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta niezbędnej do opracowania pracy dyplomowej,
* przeprowadzenie anonimowego badania ankietowego wśród …………………………………..\*\*

Udostępnione dokumenty zostaną wykorzystane wyłącznie do napisania pracy dyplomowej.

Oświadczam, że dane uzyskane od Państwa nie będą rozpowszechniane i publikowane.

*……………………………………………………………………………………………………….*

*podpis i pieczęć Prorektora ds. dydaktycznych*

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\*odpowiednio wpisać np. pacjentów, personelu medycznego etc.*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany ………………………………………………….………………., oświadczam, że wszelkie informacje uzyskane w związku z przeprowadzeniem badania ankietowego i/lub dostępem do dokumentacji medycznej będę traktować jako poufne i zachowam je w tajemnicy oraz nie ujawnię ich jakimkolwiek osobom trzecim. Pozyskane dane pacjenta będą upublicznione wyłącznie w formie zanonimizowanej, tj. bez podania imienia i nazwiska oraz innych danych umożliwiających identyfikację.

Zobowiązuje się do przestrzegania zapisów 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), innych przepisów krajowych oraz wewnętrznych procedur obowiązujących w ...........................................................................................

(nazwa placówki medycznej)

Przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody spowodowane dokonanymi przez siebie działaniami lub zaniechaniami, stanowiącymi naruszenie niniejszego Oświadczenia.

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

(podpis Studentki/Studenta)