

Ημ/νία :

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ Η ΜΕΛΕΤΗ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
Ηλικία: Διεύθυνση: Τηλ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Επώνυμο Όνομα: Βαθμός συγγένειας:
Διεύθυνση: Τηλέφωνο:

Στοιχεία που θα χρησιμοποιηθούν στην μελέτη

- Δημογραφικά
 Εργαστηριακά
 Ιατρικό Ιστορικό
 Άλλο :

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων/υπογράφουσα, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας απόλυτα το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που μου δόθηκαν σχετικά με την ανάγκη προστασίας της εμπιστευτικότητας των προσωπικών δεδομένων μου (ή του ανήλικου τέκνου), όσον αφορά την χρήση τους για επιστημονική μελέτη, δηλώνω ότι παρέχω την Συγκατάθεσή μου, σύμφωνα και με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) για τη συμμετοχή και χρησιμοποίηση των στοιχείων μου (ή του ανήλικου τέκνου) ανωνυμοποιημένα, στην επιστημονική μελέτη με θέμα

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο Τηλέφωνο:

Έχω εξηγήσει στον/στην ενδιαφερόμενο/η για την φύση της ανάγκης προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την υποχρέωση προσαρμογής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων στον Νέο Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) που ισχύει από 25.05.2018

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ

Υπογραφή παραπέμποντα

Υπογραφή του ατόμου
που παρέχεται η Συγκατάθεση



General
Data
Protection
Regulation

