



Warszawa, dnia

Rok studiów i rodzaj studiów

6. Zobowiązuję się do przetwarzania danych osobowych, do których będę mieć dostęp, zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014r. poz.1182 z późn. zm.) i do nie przekazywania ich osobom nieuprawnionym. Zobowiązuję się także do zachowania w tajemnicy wszystkich



Załącznik nr 3 do Regulaminu Archiwum Dokumentacji Medycznej

powziętych z dokumentacji danych i informacji, dotyczących lub mogących wskazywać na konkretne osoby, których dokumentacja dotyczy jak również pracowników Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny SP ZOZ.

Podstawa prawna upoważniająca do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej: art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014r. poz.1182 z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012 r. poz.159 z późn zm.)

.....
(Podpis Studenta)

(*) – niepotrzebne skreślić

W imieniu Uczelni/Instytucji niniejszym upoważniam Pana/Panią

Studenta / Studentkę

roku studiów I stopnia (licencjackich) / II stopnia (magisterskich) na kierunku

o specjalności

lub roku studiów doktoranckich do dostępu oraz wykorzystania udostępnionych materiałów/ dokumentacji medycznej/ przeprowadzonych badań/danych. Udostępnione przez Szpital materiały są niezbędne do celów

.....
(Pieczęćka Uczelni/Instytucji)

.....
(Podpis Przedstawiciela Uczelni/Instytucji)

.....
(Potwierdzenie Działu Personalnego o odbytych stażu / praktykach w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny SPZOZ)

.....
(Akceptacja Dyrektora Szpitala lub osoby upoważnionej)