………………………………………… Kraków, dnia ……………

  *(Imię i nazwisko studenta)*

…………………………………………

*(Adres)*

tel.: ……………………….………....

e-mail …………………………..…….

**Wniosek**

**o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badania**

Proszę o wyrażenie zgody na przeprowadzenie w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa

Babińskiego SPZOZ w Krakowie badania do pracy pt. ……………………………………….…

 *(tytuł pracy)*

przygotowywanej przeze mnie w ………………….……………………….….. pod kierunkiem

 *(nazwa uczelni, wydział)*

…………………….………………………

*(imię i nazwisko promotora)*

Zobowiązuje się do:

* + 1. przestrzegania obowiązujących w zakresie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przepisów prawa, w tym także przepisów dotyczących praw pacjenta,
		2. anonimizacji prowadzonych badań oraz przestrzegania przepisów prawa dotyczących ochrony danych osobowych, a także, że nie będą ujawniać uzyskanych danych osobowych, a także, że zapewnię należytą ochronę tych danych,
		3. przekazania egzemplarza ww. pracy pocztą elektroniczną na adres oebr@babinski.pl po zakończeniu badania.

Z chwilą określoną w lit c) powyżej udzielam Szpitalowi Babińskiego nieodpłatnej licencji niewyłącznej do korzystania z ww. pracy bez ograniczeń czasowych i terytorialnych na polu eksploatacji obejmującym utrwalanie i zwielokrotniania pracy – wytwarzanie egzemplarzy pracy dowolną znaną w chwili złożenia niniejszego wniosku techniką, w szczególności: techniką reprograficzną, kserograficzną, offsetową, drukarską, audiowizualną, magnetyczną, cyfrową, w tym wprowadzenie do pamięci komputera lub utrwalenie bądź zwielokrotnienie na papierze, nośnikach magnetycznych i optycznych (laserowych) umożliwiających eksploatację przy wykorzystaniu komputera. Zrzekam się prawa do wypowiedzenia ww. licencji.

Jednocześnie oświadczam, że: (i) jestem ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków, (ii) jestem ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, (iii) posiadam aktualne badania lekarskie stwierdzające, że mój stan zdrowia pozwala mi na przeprowadzenie badania.

 …………………………………..

 *(podpis studenta)*