***UWAGA !!!!*** *PONIŻSZA KLAUZULA INFORMACYJNA STANOWI WZÓR DO WYKORZYSTANIA I DOPASOWANIA KAŻDORAZOWO DO KONKRETNEGO RODZAJU BADANIA NAUKOWEGO*

*Informacja o przetwarzaniu danych osobowych uczestnika badania przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

Zgodnie z *art. 13 lub art. 14\** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku informuje, że:

1. Administratorem *danych osobowych Pani/Pana dziecka* jest Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku z siedzibą ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, reprezentowany przez Rektora,
2. W sprawach danych osobowych można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku wysyłając wiadomość na adres email: iod@umb.edu.pl lub w inny sposób poprzez dane kontaktowe podane na stronach internetowych Uczelni,
3. dane osobowe *Pani/Pana dziecka* przetwarzane będą w celu realizacji badania *(podać tytuł badania/projektu)* w Uczelni na podstawie:

*- art. 6 ust. 1 lit a oraz 9 ust. 2 lit. a RODO – zgoda osoby na przetwarzanie jej danych osobowych,*

*- art. 6 ust. 1 lit. e RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym przez Uczelnię jakim jest prowadzenie badań naukowych*

*- art. 9 ust. 2 pkt j RODO – przetwarzanie jest niezbędne do celów badań naukowych na podstawie przepisów prawa tj. ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*

**UWAGA !!!**

* W/W PODSTAWY PRAWNE NIE WYCZERPUJĄ WSZYSTKICH ISTNIEJĄCYCH PODSTAW
* SĄ TO NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANE PODSTAWY W BADANIACH NAUKOWYCH, ALE NIE WSZYSTKIE MOŻLIWE
* JEŚLI PRZETWARZAMY ŁĄCZNIE I DANE ZWYKŁE I DANE SZCZEGÓLNEJ KATEGORII NP. O STANIE ZDROWIA WYMAGANE JEST PODANIE PODSTAW PRAWNYCH ZARÓWNO Z ART. 6 JAK I Z ART. 9 RODO ŁĄCZNIE
* W CELU WYBRANIA PRAWIDŁOWEJ PODSTAWY PRAWNEJ NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH
1. Odbiorcami\* danych osobowych *Pani/Pana dziecka* są osoby upoważnione u administratora oraz mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty, z którymi Uczelnia współpracuje na podstawie umów powierzenia danych,

UWAGA!!! JEŚLI UCZELNIA ZNA PODMIOTY, KTÓRYM BĘDZIE UJAWNIAĆ DANE OSOBOWE NALEŻY WPISAĆ TU TE PODMIOTY

1. dane osobowe *Pani/Pana dziecka* mogą być przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej na zasadach określonych w przepisach prawa i po zapewnieniu odpowiedniego poziomu ich ochrony,

UWAGA!!!!! JEŚLI PROJEKT ZAKŁADA PRZEKAZYWANIE DANYCH POZA KRAJE UE NALEŻY SIĘ SKONTAKTOWAĆ Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH

1. Dane osobowe Pani/Pana *dziecka* przechowywane będą wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji badań, dane umożliwiające identyfikację dostępne będą wyłącznie osobom upoważnionym i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieuprawionych, publikowanie wyników badań następuje w sposób anonimowy,
2. posiada Pani/Pan prawo dostępu do danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, na zasadach określonych w RODO,
3. posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed cofnięciem zgody,
4. W celu skorzystania z przysługujących praw, może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez dane wskazane w pkt. 2
5. posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z RODO,
6. w oparciu o dane osobowe Pani/Pana *dziecka* \*nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą one podlegały również profilowaniu.
7. podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji badania,
8. \*Uczelnia pozyskała dane osobowe *Pani/Pana dziecka* w zakresie ………………………………………

od ………………………………

 ………………………………….…………………..

 Data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego dziecka biorącego udział w badaniu

UWAGA!!! Jeśli Uczelnia pozyskuje dane medyczne z dokumentacji medycznej ze szpitala – pacjent powinien wyrazić zgodę na dostęp pracowników Uczelni do dokumentacji medycznej w celu badania

UWAGA!!!!

DZIECKO (NIEPEŁNOLETNI) TO OSOBA DO MOMENTU UKOŃCZENIA 16 ROKU ŻYCIA

JEŚLI UCZESTNIKIEM BADANIA JEST NIEPEŁNOLETNI (DZIECKO ) TO OŚWIADCZENIE ZGODY I KLAUZULĘ INFORMACYJNĄ PODPISUJE RODZIC /OPIEKUN

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestników badań

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku *danych osobowych mojego dziecka* zebranych w celu realizacji badania *(podać tytuł badania/projektu).*

Przyjmuję do wiadomości, że zgoda może być odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie do Inspektora Ochrony Danych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania przed jej wycofaniem.

 *…………………………………………………*

Data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego dziecka biorącego udział w badaniu