

Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego – badanie na krew utajoną w kale dla kobiet i mężczyzn – czynność zwanego dalej „Projektem”. Informację o Projekcie otrzymałam/-am.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych osobowych bezpośrednio od osoby

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław*;

2) z Inspektorem Ochrony Danych w *Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław* może Pani/Pan skontaktować się poprzez e-mail: iod@dco.com.pl lub osobiście w siedzibie ADO lub drogą listowną na adres: *Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław*.

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji projektu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego – badanie na krew utajoną w kale dla kobiet i mężczyzn” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) i c) oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) 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), tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym oraz do wypełnienia obowiązków prawnego cięcego na administratorze (m.in. obowiązków archiwizacji dokumentacji medycznej wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) oraz do celów profilaktyki zdrowotnej;

4) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;

5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji Projektu oraz prowadzenia analizy jego efektywności oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej;

6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

8) podanie przez Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne w celu udziału w projekcie „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego – badanie na krew utajoną w kale dla kobiet i mężczyzn”

Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w tym Programie.

9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Pytania epidemiologiczne*:

1. Czy jest Pan(i) chory(a) na COVID-19? **TAK / NIE**
2. Czy chorowa(ła) Pan(i) na COVID-19? **TAK / NIE**
Je li tak to (data) od í í í í .. do í í í í .. ?
3. Czy podejrzewa Pan(i) u siebie zachorowanie na COVID-19? **TAK / NIE**
4. Czy podejrzewa(ła) Pan(i) zachorowanie na COVID-19? **TAK / NIE**
Je li tak, to - kiedy? í í í í í í í í ..
5. Czy przebywa Pan(i) aktualnie na kwarantannie? **TAK / NIE**
6. Czy przebywa(ła) Pan(i) na kwarantannie? **TAK/NIE**
Je li przebywa(ła) Pan(i) na kwarantannie to od (data)..... do
7. Czy w ci gu ostatnich 14-28 dni przebywa(ła) Pan(i) w odległ ci do 2 metrów od osoby z potwierdzon laboratoryjnie infekcj koronawirusem (wywołuj cym chorob COVID-19) przez co najmniej 5 minut lub mia(ła) Pan(i) bezpo redni kontakt ze luzem lub lin tej osoby? **TAK / NIE**
8. Czy w ci gu ostatnich 14 dni mia(ł) Pan(i) który z nast puj cych objawów:
 - a. gor czka 37,5 C lub wysza lub mo liwe objawy gor czki takie jak naprzemienne dreszcze i pocenie si **TAK / NIE**
 - b. kaszel **TAK / NIE**
 - c. problemy z oddychaniem, duszno lub silny wisch cy oddech **TAK / NIE**
 - d. dreszcze **TAK / NIE**
 - e. bóle mi ni **TAK / NIE**
 - f. ból gardła **TAK / NIE**
 - g. biegunka **TAK / NIE**
 - h. utrata zapachu lub smaku lub zmiana smaku **TAK / NIE**

O wiadczam, e:

1. na powy sze pytania odpowiedzia(łm(-am) zgodnie z prawd i moim aktualnym stanem wiedzy;
2. jestem wiadomy(-a), e zatajenie jakiegokolwiek informacji o moim stanie zdrowia mo e narazi personel szpitala i innych pacjentów na ryzyko zachorowania i/lub mierci;
3. jestem wiadomy(-a) odpowiedzialno ci karnej za podanie nieprawdziwych informacji,
4. przyjmuj do wiadomo ci, e powy sze dane przetwarzane s z uwagi na dziaania prewencyjne w zwi zku z zapobieganiem rozprzestrzeniania si wirusa COVID-19, na podstawie art. 9 ust. 2 lit i) oraz art. 6 ust. 1 lit e) RODO , które przewiduj sytuacje zwi zane z ochron zdrowia i zapobieganiem rozprzestrzeniania si chorób zaka nych. Dane mog by tak e przetwarzane do celów wynikaj cych z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stron trzeci , w szczegó lno ci dochodzenia roszcze (na podstawie art. 6 ust. 1 lit f RODO*). Dalsze informacje dotycz ce przetwarzania danych mog Państwo uzyskać na stronie internetowej Administratora www.dco.com.pl w zakładce *Ochrona danych osobowych*.

í í í í í í í í

DATA

í ..

PODPIS