

ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

v. 01_03/2024

v Krajské nemocnice Liberec, a.s. (Liberec, Turnov, Frýdlant)

KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE

jméno, příjmení, titul _____ datum narození _____

adresa bydliště _____

Zaměstnanec KNL ANO uveďte **pracoviště** _____
 NE uveďte **název organizace** _____

Název ŠKOLY **Technická univerzita v Liberci** **SZŠ a VOŠ Liberec**
 jiná vysoká/vyšší odborná škola uveďte **název** _____

Název FAKULTY _____ studovaný **obor** _____

Sběr dat za ÚČELEM bakalářská práce rigorózní práce
 diplomová práce disertační práce
 jiný druh práce, upřesněte _____

Název PRÁCE _____

Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat **od** _____ **do** _____

POUŽITÍ INTERNÍ DOKUMENTACE název _____

POUŽITÍ FOTODOKUMENTACE specifikace _____

Název PRACOVIŠTĚ, kde má být sběr dat proveden _____

Datum _____

Podpis žadatele _____ + _____ podpis vedoucího dotčeného pracoviště

Student je povinen zajistit signování Žádosti vedoucím práce/studijním oddělení, včetně vyjádření k finanční zátěži pracoviště.

POVINNÉ přílohy žádosti

- stručná anotace odborné práce,
- vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek,

POTVRZENÍ vedoucího práce

Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu?

ANO NE

Datum, razítko organizace a podpis **vedoucího práce** _____

VYJÁDŘENÍ Krajské nemocnice Liberec: se **SBĚREM DAT**
S použitím INTERNÍ DOKUMENTACE /FOTODOKUMENTACE
Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat

SOUHLASÍM
SOUHLASÍM
ANO

NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM
NE

Datum _____ Podpis a razítko _____

Potvrzenou žádost zašlete ve 2 originálech, pro **nelékařské obory** ředitelce ošetrovatelské péče nebo pro **lékařské obory** lékařskému řediteli, na adresu Husova 1430/34, 460 63 Liberec. Dokument bude uložen/k vyzvednutí oddělení **VZDĚLÁVÁNÍ (Q)**.

PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI

V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení“) a také ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů

Já níže podepsaný/á:

jméno, příjmení, titul _____ datum narození _____

adresa bydliště _____

se tímto zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost

o všech informacích, které jsem získal/a v souvislosti se sběrem dat v Krajské nemocnici Liberec, a.s. (zahrnující též Nemocnice Frýdlant, Nemocnice Turnov), IČO: 27283933, (dále jen „Správce OÚ“) za účelem uvedeným v tomto dokumentu.

Jedná se zejména o tyto informace:

- Informace týkající se pacientů, které jsou součástí zdravotnické dokumentace, tj. **všechny osobní údaje a informace o zdravotním stavu pacienta** (zvláštní kategorie osobních údajů).
- Informace o zdravotnickém zařízení, centru, odděleních, na kterých sběr dat probíhal, pokud uveřejnění těchto informací není Krajskou nemocnicí Liberec, a.s. **výslovně dovoleno** (viz strana č. 1 dokumentu).

Dále se zavazuji **neposkytovat žádné informace** o Krajské nemocnici Liberec, a.s. sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí apod.

- ✓ Jsem si vědom/a, že patientská data mohu ve své práci čerpat **pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas**. Pouze v případě, že se jedná o patientská data čerpaná v **přímé souvislosti** s poskytováním zdravotní péče, **není souhlas vyžadován**.
- ✓ Jsem si vědom/a, že získána data mohu ve své práci použít pouze v **anonymní podobě**, tzn. konkrétní pacient nesmí být žádným způsobem identifikovatelný.
- ✓ Jsem si vědom/a, že povinnost mlčenlivosti nezaniká ukončením mé činnosti v Krajské nemocnici Liberci, a.s.

Porušení výše uvedených zásad může být důvodem odebráním souhlasu ke sběru dat, rovněž může mít za následek důsledky plynoucí z porušení platné legislativy jak v rovině trestněprávní, tak v rovině občanskoprávní.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ – ARCHIVACE

Beru na vědomí, že v souladu s Nařízením GDPR dochází ke zpracování Vašich osobních údajů, a to na základě **oprávněného zájmu** Krajské nemocnice Liberec, a.s. (správce osobních údajů).

Účel zpracování osobních údajů: **doložení existence udělující svolení se zpracováním dat pro studijní účely.**

Kategorie osobních údajů: **jméno, příjmení, bydliště, datum narození.**

Doba zpracování osobních údajů: **12 měsíců, popř. do doby uplatnění Vašich práv.***

*Informace o zpracování osobních údajů v Krajské nemocnici Liberec, a.s. a o souvisejících právech subjektů údajů jsou k dispozici na www.nemlib.cz

- ✓ Beru na vědomí, že v případě uplatnění práv dle Nařízení GDPR, je **působnost pouze do budoucna a není tedy dotčena zákonnost předchozího zpracování** osobních údajů založeného na základě výše uvedeného právního titulu.

Potvrzuji, že jsem byla poučen/a o zpracování osobních údajů a

Souhlasím s tím, aby Správce OÚ zpracovával mé osobní údaje v rozsahu, pro uvedený účel a po dobu, jak je výše uvedeno.

Prohlašuji, že výše uvedenému textu plně rozumím a stvrzuji ho svým podpisem dobrovolně.

V Liberci dne _____

Podpis _____