



Către: Conducerea Spitalului Obstetrica Ginecologie Ploiesti
În atenția Comisiei de etică

CERERE TIP EFECTUARE STUDIU

Nume _____
Prenume _____
Adresă _____

Funcția/Specializarea (An de studiu/doctorand/etc.) _____ în
cadru Universității/Spitalului) _____

Obiectul
Studiului _____

Solicit prin prezenta Conducerii Spitalului Obstetrica Ginecologie Ploiesti, aprobarea efectuării studiului sus menționat, fiindu-mi necesar în acest sens accesul/eliberarea unor copii privind datele pacienților din Extranet/foile de observație clinice generale, în vederea (întocmirii lucrării de licență, efectuare studiu științific, etc) sub coordonarea _____ .

Anexez prezentei următoarele documente doveditoare (consimțământ informat, protocol de cercetare etc.):

Declar prin prezenta că am luat la cunoștință despre prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 2016 privind protecția datelor cu caracter personal și mă angajez să respect confidențialitatea datelor cu caracter personal, respectând toate legile și reglementările aplicabile protecției datelor.

Garantez că datele obținute vor fi folosite exclusiv în vederea efectuării studiului menționat prin prezenta, în condiții care să asigure securitatea, confidențialitatea și respectarea drepturilor persoanelor vizate.

Declar și garantez că voi proteja datele cu caracter personal colectate conform prevederilor legale în vigoare, în special împotriva pierderii, manipulării sau accesului

neautorizat. În cazul în care datele cu caracter personal au fost obținute/accesate de o persoană neautorizată sau are loc orice încălcare a securității datelor cu caracter personal, subsemnatul voi comunica un astfel de incident și voi coopera în vederea luării oricăror măsuri considerate necesare pentru atenuarea oricărei pierderi sau daune provocate de un astfel de acces neautorizat și pentru notificarea ANSPDCP.

Subsemnatul/a

Data _____