

**„PROGRAM PRZESIEWOWYCH BADAŃ ZDROWOTNYCH  
DLA MIESZKAŃCÓW OBSZARÓW WIEJSKICH: 2015 – 2016”**

**Organizatorzy**



**Realizator – Instytut Medycyny Wsi im. W.Chodźki w Lublinie**

-----  
**Zgoda na uczestnictwo w programie**  
-----

Imię i nazwisko ..... PESEL

Adres .....

Telefon kontaktowy ..... E-mail .....

Oświadczam, że:

1/ zostałem/am poinformowany/a o zasadach programu i wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w programie oraz w pełni zrozumiałem informacje zawarte we wręczonych mi materiałach oraz przekazane mi podczas rozmowy z personelem wykonującym badania. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badań diagnostycznych (pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, masy ciała, wzrostu, obwodu talii i obwodu bioder, pobranie krwi, wykonanie badania usg brzucha i tarczycy, 6-minutowy test marszu);

2/ jestem ubezpieczony/a w KRUS / pobieram świadczenia emerytalne / rentowe z KRUS (niepotrzebne skreślić).

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym także danych o moim stanie zdrowia, wynikach badań, teraz i w przyszłości, w celach związanych z realizacją programu, a także w celach marketingowych, dydaktycznych oraz naukowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).

Ponadto potwierdzam, iż otrzymałem/am informację, że :

- 1.administratorem danych jest : Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki z siedzibą w Lublinie, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin,
- 2.dane zbierane są w związku z prowadzoną przez Instytut działalnością i mogą być wykorzystywane w tym celu,
- 3.zbrane dane mogą być udostępniane podmiotom wskazanym w przepisach powszechnie obowiązującego prawa,
- 4.przysługuje mi dostęp do treści moich danych, oraz ich poprawiania na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych,
5. mam możliwość odwołania powyższej zgody w każdym czasie.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)