**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DANYCH**

**ZE ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH**

1. Wniosek do:

**………………………………..**

**………………………………**

**(Imię i nazwisko dyrektora/prezesa/kierownika placówki i pełna nazwa placów wraz z adresem)**

1. Wnioskodawca

**UNIWERSYTET POMORSKI W SŁUPSKU**

**Instytut Nauk o Zdrowiu**

**ul.Westerplatte 64 , 76 – 200 SŁUPSK**

**Imię i nazwisko – II rok studiów drugiego stopnia kierunku pielęgniarstwo**

3. Podstawa prawna - art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. b i lit. j 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 - RODO)

4. Wskazanie przeznaczenia dla udostępnienia danych

**Dane zbierane będą na potrzeby pracy dyplomowej na temat:**

„……………………………………………………..”.

**Praca pisana w Katedrze Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego pod kierunkiem ……………………………. (stopień naukowy, imię i nazwisko promotora)**

5. Oznaczenie lub nazwa zbioru, z którego mają być udostępnione dane:

*Historie choroby pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu leczonych w oddziale rehabilitacji w Kołobrzegu i hospitalizowanych w okresie od 2018-12-12 do 2019-03-30*

6. Zakres żądanych informacji ze zbioru:

*Zostanie utworzona bazy danych zawierająca: 1) wiek chorego; 2)płeć chorego; 3) choroby współistniejące; 4) miejsce zamieszkania (miasto; wieś); 5) czas trwania hospitalizacji; 6) stan funkcjonalny w skali Rankin i Barthel w dniu przyjęcia i w dniu wypisu oraz skalę GDS.*

Opinia kierującego pracą:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………..

(data, podpis i ew. pieczęć wnioskodawcy -

- Dyrektor Instytutu/Kierownik Katedry)