



KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU „SYMULOWANY PACJENT” (SP) NA UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Szanowni Państwo,

Serdecznie dziękujemy za zainteresowanie udziałem w tworzeniu nowej metody nauczania jaką jest „Symulowany Pacjent (SP). Jest ona wykorzystywana w procesie edukacji na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przyszłych lekarzy, stomatologów, pielęgniarek, położnych oraz wielu innych przedstawicieli opieki zdrowotnej. Uprzejmie prosimy o wypełnienie formularza zgłoszeniowego.

Zapewniamy pełną poufność udostępnionych danych osobowych.

1. **Imię i nazwisko:** _____
2. **Data urodzenia:** _____
3. **Płeć:** _____
4. **Adres zamieszkania:** _____
5. **Nr telefonu:** _____
6. **Adres mailowy:** _____
7. **Wykształcenie:**
 - a. Wyższe
 - b. Średnie/zawodowe
 - c. Podstawowe
 - d. W trakcie studiów (uczelnia, kierunek, tryb): _____
8. **Wykształcenie uzupełniające (np. studia podyplomowe):** _____
9. **Wykonywany zawód:** _____
10. **Narodowość:** _____
11. **Znajomość języków obcych:** _____
12. **Dodatkowe umiejętności:** _____
13. **Masa ciała:** _____ **Wzrost:** _____
14. **Krótki opis wyglądu fizycznego:** _____

15. **Obecny stan zdrowia:**
 - a. Bardzo dobry
 - b. Dobry
 - c. Umiarkowany
 - d. Zły
16. **Choroby przewlekłe (pole nieobowiązkowe):** _____
17. **Przebyte zabiegi operacyjne (pole nieobowiązkowe):** _____
18. **Dotychczasowe doświadczenia aktorskie:** _____
19. **Dotychczasowe doświadczenia związane z nauczaniem:** _____

20. Podczas niektórych zajęć konieczne będzie przeprowadzenie u SP badania fizykalnego (np. osłuchiwanie klatki piersiowej i/lub określonych nieinwazyjnych procedur medycznych (np. pomiar ciśnienia tętniczego), które jednak nie przekraczają sfer intymnych. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na takie badanie?

- a. Tak b. Nie**

21. Zajęcia ze studentami będą odbywać się w różnych godzinach (od 8:00 do 20:00). W jakich godzinach jest Pan/Pani dyspozycyjny/a? _____

22. Zajęcia ze studentami odbywają się również w weekendy. Czy w soboty i niedziele jest Pan/Pani również dyspozycyjny/a? _____

23. Skąd dowiedział/a się Pan/i o projekcie Symulowany Pacjent? _____

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych (imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, numeru telefonu oraz adresu e-mail i danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym SP, jak również wizerunku oraz danych medycznych i o zdrowiu) przez Administratora Danych Osobowych - Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań w celu udziału i realizacji Programu Symulowany Pacjent. Wyrażam zgodę na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne Rozporządzenie o ochronie danych osobowych — RODO) art.6 ust. 1. lit.a oraz art.9. ust. 2. lit.a.

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

Klauzula informacyjna

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, informuje, że zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne Rozporządzenie o ochronie danych osobowych — RODO):

1. Administratorem Pana/ Pani danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań.
2. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail: iod@ump.edu.pl
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są w celu rekrutacji kandydatów do Programu Symulowany Pacjent oraz jego realizacji.
4. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1.lit.a oraz art.9 ust. 2. lit.a i zgodnie z treścią ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych.- RODO
5. Pana/Pani dane osobowe w Programie Symulowany Pacjent będą przetwarzane w celu rekrutacji i realizacji Programu Symulowany Pacjent . Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż będzie to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania, z uwzględnieniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa lub do czasu wycofania udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych.
6. Mam Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej wycofaniem.
7. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu, ani nie będą przekazywane do państw trzecich poza obszar Unii Europejskiej.
8. Ma Pan/ Pani prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych , ul.Stawki 2, 00-193 Warszawa jeżeli uzna Pani/Pan że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa lub naruszenie może powodować wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych.