

WYPEŁNIA OSOBA ŹRÓDŁOWA/OPIEKUN PRAWNY OSOBY ŹRÓDŁOWEJ

**OŚWIADCZENIE/ZGODA OSOBY ŹRÓDŁOWEJ (OPIEKUNA PRAWNEGO OSOBY ŹRÓDŁOWEJ)**

**na wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV**

**w celu wykluczenia lub potwierdzenia zakażenia w/w wirusami**

Ja niżej podpisany/a .....

.....  
imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, telefon

Jako osoba źródłowa/opiekun prawny:

1) **wyrażam zgodę** na pobranie krwi przez .....

.....  
nazwa Zleceniodawcy

i wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV przez Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o., ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut dla potrzeb profilaktyki osoby narażonej na kontakt z moim materiałem biologicznym oraz wyrażam zgodę na udostępnienie moich wyników badań osobie eksponowanej.

.....  
.....  
/miejsowość, data/

/czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/

.....  
.....  
/miejsowość, data/

/czytelny podpis osoby nieletniej 16-18 rok życia/

2) **nie wyrażam zgody** na pobranie krwi przez .....

.....  
nazwa Zleceniodawcy

i wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV przez Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o., ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut – dla potrzeb profilaktyki osoby narażonej na kontakt z moim materiałem biologicznym

.....  
.....  
/miejsowość, data/

/czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/

3) Dodatkowo oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w niniejszym oświadczeniu w celu określonym wyżej,
- zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne,
- zostałem/am poinformowany/a, że Klauzula informacyjna (RODO) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu znajduje się na stronie [www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl).

Załącznik nr 3 do „Procedury postępowania po ekspozycji zawodowej .....”  
(zarządzenie nr .....Rektora Uniwersytetu Rzeszowskiego z dnia .....r. )

.....  
/miejsowość, data/  
oświadczenie/

.....  
/czytelny podpis osoby składającej