



AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
WINCENTEGO POLA
W LUBLINIE

Dawniej Wyższa Szkoła Społeczno - Przyrodnicza im. Wincentego Pola w Lublinie

VINCENT POL UNIVERSITY IN LUBLIN

ul. Choiny 2, 20-816 Lublin, Poland

tel./fax + 48 81 740 72 40, + 48 81 740 25 04

info@wssp.edu.pl / www.wssp.edu.pl

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIU WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU PIELĘGNIARSTWO

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA:

TEMAT PRACY DYPLOMOWEJ:

.....

Potwierdzam podpisem, że przeczytałam/em i zrozumiałam/em treść informacji o procedurze badania na temat:

.....

.....
prowadzonego przez

– studenta/studentkę roku studiów licencjackich/magisterskich na kierunku Pielęgniarstwo w **Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie**.

Otrzymałam/em satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na każde zadane pytanie dotyczące tego badania i zgadzam się w nim uczestniczyć pod warunkiem, że wyniki badań będą wykorzystane dla dobra publicznego w sposób uniemożliwiający identyfikację osób badanych zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku. Ponadto, poinformowano mnie, że mogę zakończyć udział w tym badaniu w dowolnym czasie, bez podawania przyczyny lub uzasadnienia.

.....

DATA I PODPIS RESPONDENTA



**AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
WINCENTEGO POLA**
W LUBLINIE

Dawniej Wyższa Szkoła Społeczno - Przyrodnicza im. Wincentego Pola w Lublinie

VINCENT POL UNIVERSITY IN LUBLIN

ul. Choiny 2, 20-816 Lublin, Poland

tel./fax + 48 81 740 72 40, + 48 81 740 25 04

info@wssp.edu.pl / www.wssp.edu.pl

.....
imię i nazwisko studentki/studenta

.....
numer albumu

Akademia Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie

Wydział Nauk o Zdrowiu

Pielęgniarstwo

Sz. P.

imię i nazwisko osoby decyzyjnej

.....
.....
stanowisko i nazwa placówki

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA

Szanowna Pani/ Szanowny Panie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umożliwienie przeprowadzenia badania metodą studium indywidualnego przypadku/sondażu diagnostycznego, co pozwoli na zebranie danych do przygotowania pracy dyplomowej na temat „.....

.....”.

Badanie jest całkowicie dobrowolne oraz anonimowe. Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz zachowania tajemnicy zawodowej.

wniosek rozpatrzony pozytywnie/negatywnie

PODPIS WNIOSKODAWCY

PODPIS OSOBY DECYZYJNEJ