  
Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu  
Instytut Nauk o Zdrowiu  
08-110 Siedlce, ul. Prusa 14  
25 643 13 94  
e-mail: inoz@uph.edu.pl

Siedlce, dnia

**Szanowny/a Pan/i**

…………………………………..…………...…………………  
…………………………..………………….…………..………  
………………………………………………….………………  
(imię i nazwisko kierownika podmiotu leczniczego oraz adres podmiotu)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej studentce /studentowi …………………………….................................................., nr albumu ……… kierunku ...…………………….………………., do badań w ramach pracy dyplomowej /licencjackiej pt.: ….......................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

Prowadzonej pod kierunkiem promotora …...................................................................... zatrudnionej/ego w Wydziale Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu w Siedlcach Informuję, że praca dyplomowa wykorzystuje metodę badawczą, jaką jest analiza indywidualnego przypadku, (studium przypadku) i polega na jednoczesnym stosowaniu wielu technik, w tym: analizy dokumentacji medycznej w celu postawienia jak najdokładniejszych diagnoz pielęgniarskich i ostatecznego ustalenia planu opieki.

Wszelkie informacje zdobyte podczas badania zostaną użyte wyłącznie do pracy dyplomowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

Podstawa prawna: Art.26, ust.4, Ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta   
i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U z 2020 r. poz.849).  
  
Z poważaniem

……………….……..…………………………  
Dziekan Wydziału/Dyrektor Instytutu

Podpis promotora pracy dyplomowej

…………………………………………  
  
Zgoda kierownika podmiotu leczniczego

…………………………………………..