……………………………………………………

(data, miejscowość)

……………………………

Imię i nazwisko pacjenta

……………………………

Adres pacjenta

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku, zamieszczonego na zdjęciach (ilość……) wykonanych przez ………………………… na których przedstawiona została informacja o moim stanie zdrowia w związku ………………….…………………… (np. postępem określonego leczenia, skutecznością stosowania określonego środka, aparatu, itp.) w celach naukowo-dydaktycznych przez ……………………………………… (określenie lekarza lub innego podmiotu) poprzez jego zamieszczanie na prezentacjach multimedialnych skierowanych do studentów …………………………… (wskazać np. medycyny, stomatologii, itp.).

Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest ………………………………… z siedzibą w/zamieszkały w …………………………, ul. ………………………. Dane w postaci wizerunku zbierane są dla celów wskazanych powyżej. Odbiorcami danych osobowych mogą być studenci w ramach prowadzonych na uczelni zajęć dydaktycznych. Podanie danych jest dobrowolne. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do danych oraz ich poprawiania.

………………………………

*podpis*