**Genoma izpētes padomei**

e-pasts: genoma.padome@biomed.lu.lv

Rātsupītes 1 k-1, Rīga, LV 1067, Latvija

*/Vārds, uzvārds vai organizācijas nosaukums/*

*/personas kods vai reģistrācijas nr./*

*/adrese: iela, pilsēta, pasta indekss/*

*/ e-pasta adrese/*

**PIETEIKUMS**

Lūdzu izsniegt Genoma izpētes padomes atzinumu un ieteikumus par pētījumu *pētījuma nosaukums*.

Pētījuma realizācijas laikā **ir / nav** (*pasvītrot nepieciešamo*) paredzēta kodētu audu paraugu daļu (alikvotu) un kodētu veselības stāvokļa aprakstu kopiju izvešana ārpus Latvijas, kas tiks veikta atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr. 696 (spēkā kopš 14.08.2004.).

Pielikumā:

1. *Pētījuma apraksts, kas ietver pētījuma mērķi un sagaidāmos rezultātus, pētījuma apjomu, pētījuma izpildītājus un finanšu avotus, pētījumā iesaistīto donoru/pacientu loku un to atlases principus, atbilstoši iesniegumam Centrālās medicīnas ētikas komitejai.*
2. *Centrālās medicīnas ētikas komitejas pozitīvs atzinums par pētījuma atbilstību bioētikas normām.*

□apstiprinu, ka pētījums tiks īstenots atbilstoši Vispārīgās datu aizsardzības regulas prasībām.

□piekrītu personas datu apstrādei, kas ietverti šajā iesniegumā un tam pievienotos pielikuma dokumentos.

Jūsu doto piekrišanu personas datu apstrādei Jūs esat tiesīgi atsaukt iesniedzot **Genoma izpētes padomei** rakstisku piekrišanas atsaukumu.

Piekrišanas atsaukuma gadījumā turpmāka datu apstrāde, kas balstīta uz iepriekš doto piekrišanu konkrētajam nolūkam, turpmāk netiks veikta.

Piekrišanas atsaukums neietekmē datu apstrādes tiesiskumu, laikā kad Jūsu piekrišana bija spēkā.

Atsaucot piekrišanu, nevar tikt pārtraukta datu apstrāde, kuru veic pamatojoties uz citiem normatīvajiem aktiem.

\_\_\_\_\_.gada.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 */paraksts, vārds, uzvārds/*