**Αίτηση για Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας**

*Τα μέρη Α-Γ να συμπληρώνονται πρώτα από τον ενδιαφερόμενο ερευνητή για εξασφάλιση άδειας (****μιας φάσης****) με σκοπό την διεξαγωγή μη επεμβατικής μελέτης χωρίς κόστος για τον ΟΚΥπΥ και εφ’ όσων δεν απαιτείται η υπογραφή οποιωνδήποτε εγγράφων από τον Οργανισμό (ως νομική οντότητα).*

**ΜΕΡΟΣ A: ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ**

|  |
| --- |
| **Α.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** |
| Τίτλος Ερευνητικής Πρότασης |  |
| Συντονιστικός Οργανισμός ή Ακαδημαϊκό Ίδρυμα  |  |
| Συντονιστής ή Υπεύθυνος Έργου* Όνομα
* Τίτλος / Θέση / Οργανισμό
* Τηλέφωνο
* Ηλεκτρονική Διεύθυνση
 |  |
| Ερευνητής ΟΚΥπΥ ή Φοιτητής (Αιτητής/Αιτήτρια)* Όνομα
* Επάγγελμα και εργοδότης
* Τηλέφωνο
* Ηλεκτρονική Διεύθυνση
 |  |

|  |
| --- |
| **Α.2 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ EΡEYNHTIKOY ΕΡΓΟΥ** |
| Τίτλος Πτυχίου Ερευνητή |  |
| Είδος Έρευνας: αναδρομική μελέτη, μελέτη παρατήρησης, μη παρεμβατική μελέτη, τυχαιοποιημένη / ελεγχόμενη μελέτη, τυφλή / διπλά τυφλή μελέτη, διαγνωστική/προγνωστική μελέτη, κ.α. |  |
| Τύπος εθελοντών (ασθενείς, προσωπικό, άλλοι) |  |
| Αναμενόμενος αριθμός εθελοντών (ελάχιστος -μέγιστος) |  |
| Διάρκεια Έρευνας  |  |
| Αναμενόμενη ημερομηνία έναρξης έρευνας | Click or tap to enter a date. |

|  |
| --- |
| **Α.3 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΑΣ** |
| *Καταγράψετε εδώ το ερευνητικό θέμα, την προστιθέμενη αξία και οφέλη που προκύπτουν από την μελέτη για τον ερευνητή, την προστιθέμενη αξία και οφέλη που προκύπτουν για τον ΟΚΥπΥ, εφαρμοστέα μεθοδολογία συμπεριλαμβανομένης της συλλογής και ανάλυσης δεδομένων.(μέχρι 800 λέξεις).* |

|  |
| --- |
| **Α.4 ΛΕΞΕΙΣ - ΚΛΕΙΔΙΑ** |
| Καταγράψετε λέξεις-κλειδιά οι οποίες να περιγράφουν την έρευνα σας. |  |

**ΜΕΡΟΣ B: ΕΜΠΛΟΚΗ ΟΚΥπΥ**

|  |
| --- |
| **Β.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΟΚΥπΥ** |
| Διεύθυνση ΟΚΥπΥ στην οποία θα διεξαχθεί η έρευνα | Choose an item. |
| Τμήμα ΟΚΥπΥ στο οποίo θα διεξαχθεί η έρευνα |  |
| Υπεύθυνο άτομο στον ΟΚΥΠΥ* Όνομα / Θέση
* Τηλέφωνο
* Ηλεκτρονική Διεύθυνση
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Β2. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΣΕΙ Ο ΟΚΥπΥ** | **ΚΑΤΑΓΡΑΨΕΤΕ ΤΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ** |
| Πρόσβαση στα αρχεία ασθενών: * Τι είδους δεδομένα;
* Πόσοι περίπου ασθενείς;
* Άλλο (διευκρινίστε)
 |  |
| Πρόσβαση σε ασθενείς:* Πόσοι ασθενείς;
* Τί χρειάζεστε από τους ασθενείς;
* Έντυπο Συγκατάθεσης (αριθμός σελίδων)
* Συμπλήρωση ερωτηματολογίου (αριθμός ερωτήσεων)
* Συμμετοχή σε δραστηριότητες (σύντομη περιγραφή)
* Άλλο (διευκρινίστε)
 |  |
| Εμπλοκή Προσωπικού:* Για σχεδιασμό έρευνας, ανάλυση και διάχυση αποτελεσμάτων
* Για υποστήριξη στην εργασία με τους ασθενείς
* Για τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων
* Άλλο (διευκρινίστε)
 |  |
| Απαιτούμενοι Χώροι:* Γραφείο, εργαστήριο, αίθουσες συσκέψεων (σύντομη περιγραφή)
* Συχνότητα χρήσης
 |  |
| Εργαστηριακές εξετάσεις & αναλώσιμα: * Απαιτούμενο Είδος και αριθμός
 |  |
| Άλλο (διευκρινίστε) |  |

**ΜΕΡΟΣ Γ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

|  |
| --- |
| Εγώ ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος ερευνητής, δηλώνω υπεύθυνα και αποδέχομαι ότι: |
| 1 | Αναλαμβάνω την ευθύνη υλοποίησης του πιο πάνω έργου, τηρώντας παράλληλα όλες τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες θα διεξάγεται το έργο (π.χ., βιοηθική, διαδικασίες ΟΚΥπΥ, συμβάσεις, συμφωνίες κοινοπραξίας κ.λπ.) |
| 2 | Θα τηρώ απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τα δεδομένα ή ευαίσθητα στοιχεία ή πληροφορίες ή υλικό που περιέλθει εις γνώση μου στο πλαίσιο της έρευνας. |
| 3 | Δεν αποκαλύπτω σε τρίτους, χωρίς προηγούμενη γραπτή άδεια από τον ΟΚΥπΥ, τυχόν εμπιστευτικές πληροφορίες που μου δόθηκαν ή στοιχείων που θα περιέλθουν εις γνώση μου κατά την εξέλιξη της έρευνας. |
| 4 | Καθ΄όλην την έρευνα, θα εφαρμόζω τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/ ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων). |
| 5 | Όποια δεδομένα ή/και υλικό που θα συλλεγεί από τις δομές του ΟΚΥπΥ, θα χρησιμοποιηθεί για τους σκοπούς της μελέτης και μόνο. |
| 6 | Με την ολοκλήρωση της έρευνας, θα παραδώσω περίληψη και αντίγραφα της μελέτης και όλων των παραδοτέων σε ηλεκτρονική μορφή, τα οποία θα φυλάσσονται/ καταχωρούνται στα αρχεία του ΟΚΥπΥ. Περίληψη της έρευνας δυνατόν να αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του ΟΚΥπΥ. |
| 7 | Είναι εις γνώση μου ότι για οποιαδήποτε επιστημονική δημοσίευση\* των αποτελεσμάτων (περιοδικά, συνέδρια κλπ.) θα πρέπει να ενημερώσω γραπτώς τους εμπλεκόμενους ερευνητές καθώς και το Γραφείο Έρευνας και Καινοτομίας του ΟΚΥπΥ, τουλάχιστον τριάντα (30) ημέρες νωρίτερα. Επιπλέον, μετά την δημοσίευση (ή παρουσίαση, poster κ.λπ.) αντίτυπο αυτής, θα αποσταλεί στο Γραφείο Έρευνας και Καινοτομίας του ΟΚΥπΥ. |
| 8 | Για οποιαδήποτε κοινολόγηση[[1]](#footnote-2) των αποτελεσμάτων της έρευνας, στα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας ή/και στα Μέσα Μαζικής Δικτύωσης θα λάβω εκ των προτέρων έγκριση από την Διοίκηση του ΟΚΥπΥ. |
| 9 | Θα συμμορφωθώ με όλες τις παρατηρήσεις / οδηγίες της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου. |
| 10 | Θα εξασφαλισθεί η ενήμερη συγκατάθεση των υποκειμένων (ασθενών, Προσωπικό ή άλλοι) για την συμμετοχή τους στην έρευνα. |
| 11 | O ΟΚΥπΥ διατηρεί δικαίωμα στο 50% των πνευματικών δικαιωμάτων της έρευνας που διενεργήθηκε στον Οργανισμό, εκτός κι αν ορίζεται διαφορετικά. |
| 12 | Ο ΟΚΥπΥ δεν φέρει οποιαδήποτε ευθύνη για την ασφάλιση των ερευνητών εντός των δομών του Οργανισμού (εξαιρείται το Προσωπικό του ΟΚΥπΥ). |
| 13 | Θα εκτελώ τα καθήκοντά μου με ευσυνειδησία, αμεροληψία, χωρίς φόβο ή εύνοια και θα τηρώ απόλυτη εχεμύθεια κατά την εκτέλεση των καθηκόντων μου. |

 Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Αιτητή Ημερομηνία

 …………………………………………..…. Click or tap to enter a date.

 …….………………………………………..

**ΜΕΡΟΣ Δ: ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΕΝΤΥΠΑ & ΑΔΕΙΕΣ**

**Για όλες τις ερευνητικές προτάσεις απαιτείται και υπάρχει:**

 [ ]  Άδεια της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου.

 [ ]  Έντυπο Συγκατάθεσης Ασθενούς.

 [ ]  Ερευνητικό Πρωτόκολλο.

 [ ]  Χρονοδιάγραμμα Εκπόνησης του Προτεινόμενου Ερευνητικού Έργου.

 [ ]  Ερευνητικά εργαλεία (ερωτηματολόγια που θα χρησιμοποιηθούν. Εάν τα ερευνητικά εργαλεία αποτελούν μετάφραση υφιστάμενων εργαλείων, τότε να κατατίθεται και το πρωτότυπο έγγραφο).

 [ ]  Σύντομο Βιογραφικό σημείωμα κάθε Ερευνητή.

 [ ]  Επεξήγηση Ρόλου κάθε Ερευνητή.

**Επιπλέον, για φοιτητές απαιτείται:**

[ ]  Βεβαίωση Φοίτησης από το Ακαδημαϊκό Ίδρυμα που φοιτά ο αιτητής, η οποία να περιλαμβάνει τα στοιχεία του προγράμματος σπουδών.

[ ]  Βεβαίωση του επιστημονικού επόπτη ότι προτίθεται να επιβλέπει τον φοιτητή κατά την διάρκεια του ερευνητικού του έργου.

**ΜΕΡΟΣ Ε: ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Προϊστάμενος Τμήματος**Επιβεβαιώνω, ότι έχω τύχει πλήρους και δέουσας ενημέρωσης από τον ερευνητή και δηλώνω ότι η παρούσα έρευνα μπορεί να εφαρμοστεί και να διεξαχθεί στην κλινική / τμήμα του οποίου προΐσταμαι.Σχόλια:  | ΗμερομηνίαClick or tap to enter a date. |
| ΟνοματεπώνυμοΥπογραφή |

|  |  |
| --- | --- |
| **Επιστημονικός / Ιατρικός Διευθυντής Νοσηλευτηρίου**Συγκατατίθεμαι [ ]  / Δεν Συγκατατίθεμαι [ ]  στην διεξαγωγή της έρευνας.Σχόλια: | ΗμερομηνίαClick or tap to enter a date. |
| ΟνοματεπώνυμοΥπογραφή |

|  |  |
| --- | --- |
| **Εκτελεστικός Διευθυντής Διεύθυνσης**Εγκρίνω [ ]  / Δεν Εγκρίνω [ ]  την διεξαγωγή της έρευνας.Σχόλια: | ΗμερομηνίαClick or tap to enter a date. |
| ΟνοματεπώνυμοΥπογραφή |

*Για έλεγχο και αποστολή της άδειας διεξαγωγής έρευνας η συμπληρωμένη αίτηση να υποβάλλεται ηλεκτρονικά στην διεύθυνση* *research@shso.org.cy* *του Γραφείου Έρευνας & Καινοτομίας του ΟΚΥπΥ, μαζί με όλα τα απαιτούμενα έντυπα και άδειες.*

1. Για οποιαδήποτε δημοσίευση, ο Οργανισμός να αναφέρεται ως «Τμήμα, Νοσοκομείο, Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ)» και να συνοδεύεται από το λογότυπο του ΟΚΥπΥ. [↑](#footnote-ref-2)