**VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”**

**Zinātniskā institūta direktoram**

# IESNIEGUMS AKADĒMISKĀ PĒTĪJUMA ATĻAUJAS SAŅEMŠANAI

 **20\_\_\_\_. gada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **IESNIEGUMA IESNIEDZĒJS / PĒTĪJUMA AUTORS VAI AUTORU KOLEKTĪVA VADĪTĀJS**

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds  |   |
| Tālr.  |   | E-pasts |  |
| *Izglītības iestādes nosaukums\**  |   |
| Studiju programma\*  |   |

**PĒTĪJUMA ZINĀTNISKAIS VADĪTĀJS\***

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds  |   |
| Izglītības iestādes nosaukums, amats  |   |
| Zinātniskā vadītāja paraksts, datums  |   |

**PĒTĪJUMA NOSAUKUMS**

|  |
| --- |
|    |

**PĒTĪJUMA NORISES VIETA**

|  |  |
| --- | --- |
| Klīnika/centrs/nodaļa  |   |
| Klīnikas/centra/nodaļas vadītāja saskaņojums par pētījuma veikšanu  |   |
| Slimnīcas darbinieks- galvotājs\*\* paraksts, datums  |   |

**NORISES LAIKS**

|  |  |
| --- | --- |
| Pētījuma norises laiks, norādot sākuma un beigu datumu  |  |
|  |

***IZMANTOJAMĀS PACIENTU SLIMĪBAS VĒSTURES***

|  |
| --- |
| *Pētījumā paredzēts izmantot ≤ 100 □ ≥ 100\*\*\* □* |

***Slimības vēsturu diagnožu kodi (SSK-10) vai Slimības vēsturu numuri ja zināmi***

|  |
| --- |
|  |

\* Šo sadaļu aizpilda studenti, maģistranti un doktoranti

\*\* ja iesnieguma iesniedzējs pats vai zinātniskā darba vadītājs nav Slimnīcas darbinieks, nepieciešams galvotājs (Slimnīcas darbinieks, ārstniecības persona, kura ir atbildīga par pētniecības norisi un juridiskajām sekām).

*\*\*\* ja paredzēts izmantot vairāk kā 100 Slimības vēstures, iesniegumam nepieciešams pievienot rakstisku pamatojumu brīvā formā.*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /datums/ /iesniedzēja paraksts, atšifrējums/

*Slimnīcas atļauja:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 */datums/ /Zin. institūta kompet. darbinieka paraksts un atšifrējums/*