



**หนังสือยินยอมให้ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
เพื่อวัตถุประสงค์ในการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม**

เขียนที่ โรงพยาบาลทันตกรรม/คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....
วันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าในฐานะ ผู้ป่วย ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง คู่สมรสของ.....ผู้ป่วย
ของโรงพยาบาลทันตกรรม/คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าตกลงให้ความยินยอม ดังนี้

1. ยินยอมให้ ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ศ.ป.ท.) เป็นผู้เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย เช่น ข้อมูลเวชระเบียน รูปภาพ ภาพรังสี แบบจำลองฟัน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษา และข้อมูลทางพยาธิวิทยา บันทึกอื่น ๆ รวมถึงข้อมูลอื่นใด เพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดทำเป็นข้อสอบ หรือข้อมูลเอกสารหลักฐานประกอบการจัดสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

2. ชื่อ - สกุล และข้อมูลส่วนบุคคล ของข้าพเจ้า/ผู้ป่วยตามข้อ 1 จะใช้เพื่อประโยชน์ในการจัดทำข้อสอบดังกล่าวเท่านั้น และจะดำเนินการอย่างเป็นความลับ ไม่เปิดเผย เพื่อไม่ให้สามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ได้ อย่่างไรก็ดี มีความเป็นไปได้ที่อาจจะมี ผู้ที่สามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ได้ แม้ว่าได้ดำเนินการปกปิดแล้วก็ตาม

3. การนำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ตามข้อ 1 ไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุข้างต้น ครอบคลุมถึงการใช้ทำ รายงาน การสอบภาคปฏิบัติ และการสอบข้อเขียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงการดำเนินการอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ซึ่งเป็นระบบปิด เฉพาะของศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของทันตแพทยสภา ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าผู้ ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย คือ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบสารสนเทศ ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการ ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งสามารถติดต่อได้ทางอีเมล cdathai@gmail.com

4. ข้าพเจ้าสามารถถอนการให้ความยินยอม เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้การถอนความยินยอมย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้เคยให้ความยินยอมไปแล้ว

5. การถอนความยินยอม หรือการไม่ให้ความยินยอมในการใช้ข้อมูลของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อการเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้เคยให้ความยินยอมไปแล้ว และไม่มีผลกระทบต่อมาตรฐานการรักษาตามหลักวิชาการที่ ข้าพเจ้า/ผู้ป่วยจะได้รับ ณ โรงพยาบาลทันตกรรม/คณะทันตแพทยศาสตร์แห่งนี้ แต่อย่างใด

6. ให้ถือว่าฉบับและบรรดาสำเนาภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอม ฉบับนี้โดยการถ่ายสำเนาภาพถ่าย หรือบันทึกไว้ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า/ผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการ ข้าพเจ้าได้อ่าน เข้าใจและรับทราบข้อมูลในหนังสือให้ ความยินยอมให้เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลฉบับนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานเพื่อเป็นหลักฐานเมื่อ วันที่และ ณ สถานที่ดังระบุข้างต้น

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

วันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน

วันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน

วันที่.....