

## Utvärdering av rehabiliteringens effekter

Jag har ombetts delta i ovannämnda vetenskapliga undersökning vars syfte är att utvärdera effekterna av den rehabilitering som ordnas av FPA.

Jag har läst och förstått det skriftliga meddelande som jag fått om undersökningen. Jag har också haft möjlighet att bekanta mig med undersökningens dataskyddsmeddelande. Jag har fått tillräcklig information om undersökningen och om behandlingen av personuppgifter i samband med undersökningen samt om mina rättigheter som undersökningsdeltagare. Jag har haft möjlighet att ställa frågor och jag har fått tillräckliga svar på alla mina frågor gällande undersökningen.

Jag förstår att mitt deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta mitt deltagande eller återkalla mitt samtycke till deltagandet när som helst utan att uppge någon orsak och utan negativa följder. Jag förstår att de uppgifter som samlats in om mig fram till det att jag avbryter mitt deltagande eller återkallar mitt samtycke fortfarande kan användas i undersökningen. Jag har haft tillräckligt med tid att överväga mitt deltagande i undersökningen.

Mitt samtycke till att delta i undersökningen innebär att **serviceproducenten på ett datasäkert sätt kan förmedla utvärderingsuppgifter som samlats in om mig under rehabiliteringen till FPA för forskningsändamål**. Dessutom innebär mitt samtycke att dessa **utvärderingsuppgifter kan samköras med för undersökningen centrala registeruppgifter** ur FPA:s förmånsregister och ur Myndigheten för digitalisering och befolkningsdatas och Pensionsskyddscentralens register på det sätt som beskrivs i det meddelande jag fått och i dataskyddsmeddelandet.

Jag ger frivilligt mitt samtycke till att delta i denna undersökning:  Ja  Nej

Genom att underteckna samtyckesblanketten bekräftar jag mitt deltagande och godkänner behandlingen av mina uppgifter i den undersökning som beskrivs i meddelandet.

## Uppgifter om den som ger sitt samtycke

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_

Underskrift av den som ger sitt samtycke: \_\_\_\_\_

## Mottagare av samtycket

Serviceproducentens namn: \_\_\_\_\_

Det undertecknade samtycket i original **lämnas till FPA för förvaring för en viss tid**. En kopia av samtycket ges till den som ger sitt samtycke.