



เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

☐ “ให้” ความยินยอม

☐ “ไม่ให้” ความยินยอม

แก่ สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล “ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล” ของ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
เพื่อนำไปเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของสถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากหน่วยงานถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (“ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล”) และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่ในกรณีที่มีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือข้าพเจ้าไม่สามารถเข้าถึงการบริการบางอย่างได้ หรือไม่มีสิทธิในประการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อมูลที่ข้าพเจ้าขอถอนความยินยอม (แล้วแต่กรณี) จากสถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ จนกว่าข้าพเจ้าจะให้ความยินยอมอีกครั้ง และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อผลการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ

(.....)