Wrocław, .................

...............................................

*stopień naukowy,*

*imię i nazwisko badacza*

*jednostka organizacyjna*

## Tytuł eksperymenty medycznego

## ............................................................................................................................................................

# **OŚWIADCZENIE BADACZA**

* **zobowiązanie do uzyskania świadomej zgody opiekunów małoletniego/małoletniego, który ukończył 13 rok życia**

Niniejszym oświadczam, że rodzice (przedstawiciele ustawowi) dzieci objętych powyższym eksperymentem medycznym zostaną przed przystąpieniem do badań poinformowani o jego celu i sposobie przeprowadzenia, a także wynikających z udziału w eksperymencie ewentualnych korzyściach i związanym z nim ryzyku oraz o dobrowolności uczestnictwa oraz możliwości odstąpienia od udziału w badaniach w dowolnym czasie a także o sposobie gromadzenia   
i przetwarzania danych osobowych.

Oświadczam, iż uzyskam świadomą zgodę przed rozpoczęciem eksperymentu medycznego ……………………………………………………………………………………………….……. (*tytuł eksperymentu*) od każdego uczestnika lub przedstawicieli ustawowych

........................................................

podpis badacza, pieczątka