Wrocław, ………………

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY**

**RODZICÓW**/**PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH MAŁOLETNIEGO**

**NA UDZIAŁ W EKSPERYMENCIE MEDYCZNYM**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałam/em się i zrozumiałam/em

* „Informację o eksperymencie medycznym”
* „Informację o sposobie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych zgromadzonych w toku prowadzenia eksperymentu”
* że podstawą ich przetwarzania będzie moja zgoda, oraz
* złożenie niniejszego oświadczenia jest dobrowolne, podobnie jak udział w badaniu, oraz

miałem możliwość swobodnego zadawana pytań na ten temat i otrzymałam/em satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

**Dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na udział mojego dziecka** ………………….…………………………….

**w eksperymencie medycznym pn.:**

*„……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*”

**oraz na**

* **przetwarzanie danych osobowych dziecka w zakresie i w celu niezbędnym do przeprowadzenia eksperymentu, a także w celach archiwalnych i statystycznych.**

Jestem świadoma/y, iż w każdej chwili mogę odwołać udzieloną zgodę na udział dziecka w eksperymencie medycznym i zrezygnować z jego udziału bez podania przyczyny, co nie spowoduje jakichkolwiek negatywnych skutków dla mojego dziecka.

Imię i nazwisko **dziecka** ………………………………………….…………………………………………………………………………..

Data urodzenia dziecka ……………..………, wiek dziecka w chwili wyrażania zgody …., adres ……………………………………………………………….…………………………………..

Imię i nazwisko **rodzica/opiekuna** .…………………………………………….…, adres …………………………………………

**Stosunek prawny** do badanego dziecka …………………………………………………….……………………………………….

**Data i Podpis osoby składającej oświadczenie** ………………………………………………………..…………………………

Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgodę …………………………………………………………..………………………………

**Data i Podpis osoby przyjmującej zgodę** …………………………………………………………….………………………………