Załącznik nr 4b do wniosku

**WZÓR FORMULARZA ŚWIADOMEJ ZGODY RODZICÓW/PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH MAŁOLETNIEGO, KTÓRY UKOŃCZYŁ 13 ROK ŻYCIA NA UDZIAŁ W BADANIU**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

*(tytuł badania)*

Ja, niżej podpisana/podpisany oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na udział mojego dziecka ………………………………………………………………….w ww. badaniu. Zapoznałem się z przedstawioną Informacją dla uczestnika badania/pacjenta, miałam/miałem możliwość zadawania pytań osobie prowadzącej badanie i uzyskałam/uzyskałem na nie odpowiedzi. Jestem świadoma/świadomyy, że w każdej chwili mogę odwołać zgodę i zrezygnować z udziału mojego dziecka w badaniach bez podania przyczyny.

Data urodzenia dziecka ……………………………………………………………………………………………...

Wiek dziecka w chwili wyrażenia zgody……………………………………………………………………………

……………………………………………………………….. ……………………………………………………..

*Imię i nazwisko (osoba małoletnia powyżej 13 lat) Data i podpis*

………………………………………………………………… ……………………………………………………….

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna Data i podpis*

…………………………………………………………………. ……………………………………………………..

*Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgodę Data i podpis*