

**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 dzieckaw 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/świadomy, 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