

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU

Tytuł badania: Przesiewowe badania parazytologiczne wśród dzieci w wieku przedszkolnym z województwa warmińsko-mazurskiego.

Oświadczam, że przeczytałem(am) i zrozumiałem(am) informacje dotyczące opisanego badania zawarte w Formularzu informacyjnym dla rodzica/opiekuna dziecka zgłoszonego do udziału w badaniu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w tym badaniu i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę cofnąć zgodę na udział w dalszej części badania bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział mojego dziecka w badaniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Zostałem(am) poinformowany(a), że administratorem danych będzie Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Olsztynie z siedzibą przy ul. Żołnierskiej 16, 10-561 Olsztyn, w której prowadzone jest badanie. Podpisując ten dokument oświadczam, że dane udostępniam dobrowolnie. Wyrażam zgodę na to, aby osoby związane z badaniem miały wgląd w dane osobowe mojego dziecka. Potwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a) o sposobie przetwarzania danych, o prawie wglądu do nich, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz, że dane te są zbierane w celu dokonywania analiz i ocen epidemiologicznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w tym badaniu zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. „h” Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Zgadzam się na przekazanie anonimowych danych mojego dziecka do innych krajów, zarówno w obrębie Europy jak i poza nią w formie publikacji naukowych i komunikatów na sesje naukowe.

Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku wycofania zgody na udział w badaniu zgromadzone do tej pory dane mogą zostać wykorzystane i przetwarzane jako część bazy danych badania.

Otrzymałem(am) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Rodzik/opiekun dziecka:

.....
IMIĘ I NAZWISKO (drukowanymi literami) PODPIS RODZICA/OPIEKUNA DATA

Oświadczam, że omówiłem(am) przedstawione badanie z rodzicem/opiekunem dziecka używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) wyjaśnień dotyczących istoty i znaczenia badania.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
IMIĘ I NAZWISKO (drukowanymi literami) PODPIS DATA