# Formularz świadomej zgody pacjenta:

Nazwisko i Imię (osoby badanej): ...............................................................

Data urodzenia (wiek ) ..............................................................................

adres: .........................................................................................................

telefon:..........................................................................................................

**Temat badań:**

**„Prewencyjne badanie populacyjne wczesnego wykrywania cukrzycy typu 1 u dzieci w okresie bezobjawowym w województwie podlaskim.”**

* Niniejszym oświadczam, że zostałem(am) poinformowany o celu zamierzonych badań i sposobie ich przeprowadzenia.
* Rozumiem na czym mają one polegać i do czego potrzebna jest moja zgoda.
* Zostałem poinformowany, że mogę odmówić zgody na udział w badaniach mojego dziecka **lub cofnąć ją w każdej chwili, także podczas wykonywania badań.**
* Zespół badawczy zapewnia ochronę danych osobowych.
* **Wyrażam pełną i świadomą zgodę** na udział mojego dziecka w badaniach, które opisano w załączonej informacji o badaniach.

……………………………………….………………………………………….

Data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego dziecka biorącego udział w badaniu

……………………………………….………………………………………….

Data i czytelny podpis dziecka > 16 roku życia biorącego udział w badaniu

……………..………………………..

Podpis kierownika tematu