Zgoda na przeprowadzenie badania

Zapoznałem się z informacją o badaniu oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mojemu dziecku / podopiecznemu:

Imię…………………………………………………………….

Nazwisko ……………………………………………………

Wiek ………………………………………………………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Wspierania Rozwoju Okulistyki „Okulistyka 21” z siedzibą w Poznaniu

* danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego pozyskanych w trakcie przeprowadzenia badania tylko w celu udokumentowania usługi do czasu zakończenia ewaluacji badań przesiewowych.
* wyników badań mojego dziecka w zanonimizowanej formie w celach naukowych (wynik nie będzie zawierał danych osobowych dziecka, a jedynie informacje o płci oraz wieku osoby badanej).

Podpis rodzica / opiekuna

…………………………………………………………………..