**TODISTUS TYÖNTEKIJÄN TIETOISESTA SUOSTUMUKSESTA**

|  |
| --- |
| **Tutkimuksen kuvaus** |
| Nimi | HBM4EU-aloitteeseen liittyvä työperäistä kromille ja muille haitallisille kemikaaleille altistumista koskeva biomonitorointitutkimus |

|  |
| --- |
| **Osallistujan tiedot** |
| Nimi |  | Puhelin |  |
| Yritys |  | Sähköposti |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osallistumissäännöt  |  | Nimi­kirjaimet  |
| 1 | Olen lukenut oheisen osallistuville työntekijöille tarkoitetun tiedotteen ”Information for Participating Workers”. Minulla oli mahdollisuus tarkastella tietoja ja esittää haluamani kysymykset, joihin olen saanut tyydyttävät vastaukset. |  |
| 2 | Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista, ja voin jättäytyä pois tutkimuksesta milloin tahansa ilman syytä sairaanhoitoni ja laillisten oikeuksieni vaarantumatta. Tutkimusryhmällä on kuitenkin oikeus käyttää luottamuksellisesti näytteitä, jotka se on ottanut ennen pois jättäytymistäni. |  |
| 3 | [*Organisaation nimi*] voi ottaa minuun yhteyttä työaikana henkilökohtaisten näytteiden ottamiseksi ja tietojen keräämiseksi, kun olen antanut suostumukseni tutkimukseen osallistumiseen. |  |
| 4 | Hyväksyn sen, että [*organisaation nimi*] siirtää näytteitäni ja/tai henkilötietojani (koodatussa muodossa henkilöllisyyteni suojaamiseksi) erikoistuneisiin laboratorioihin, jotka analysoivat tiedotteessa ”Information for Participating Workers” ilmoitetut kemikaalit ja merkkiaineet. |  |
| 5 | Hyväksyn sen, että [*organisaation nimi*] säilyttää näytteitäni ja henkilötietojani biopankissa [*vuosien lukumäärä*] vuoden ajan tulevia eettisesti hyväksyttyjä biomonitorointitutkimuksia varten.Ymmärrän, että [*organisaation nimi*] saattaa ottaa minuun tulevaisuudessa yhteyttä säilytettyihin näytteisiini ja henkilötietoihini liittyen. Yhteystietoni voidaan säilyttää vain tätä tarkoitusta varten, eikä niitä luovuteta kolmansille osapuolille. |  |
| 6 | Hyväksyn sen, että [*organisaation nimi*] käyttää kameroita seuraavin ehdoin:□ Minua **ei saa** valokuvata tutkimuskäynnin aikana.□ Minua saa valokuvata sillä edellytyksellä, että kuvani sumennetaan henkilöllisyyteni suojaamiseksi julkaistavissa raporteissa.  |  |
| 7 | Ymmärrän, etten saa tutkimukseen osallistumisesta taloudellista hyötyä.  |  |
| 8 | Ymmärrän, että saan tiedot virtsan kromipitoisuutta koskevista henkilökohtaisista tuloksistani. Tiedot toimittaa [*määritä maakohtaisesti]*.Kun tutkimus on valmis, saan myös yhteenvedon sen lopullisista kokonaistuloksista. Haluan saada yhteenvedon sähköpostitse/postitse seuraavaan osoitteeseen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................. | ................................. | .................................................. |
| Osallistujan nimi | Päivämäärä | Osallistujan allekirjoitus |

 ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tutkijan / suostumuksen vastaanottavan henkilön lausuma**

Vahvistan, että osallistuja on saanut mahdollisuuden esittää kysymyksiä tutkimuksesta ja että olen vastannut kaikkiin osallistujan esittämiin kysymyksiin oikein ja parhaan kykyni mukaan. Vahvistan, että osallistujaa ei ole pakotettu antamaan suostumustaan ja että suostumus on annettu vapaaehtoisesti.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ....................................................... | ..................................... |  ................................................... |
| Tutkijan / suostumuksenvastaanottavan henkilön nimi | Päivämäärä | Tutkijan / suostumuksenvastaanottavan henkilön allekirjoitus |