**ZAŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O UDZIELENIU ŚWIADOMEJ ZGODY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Opis badania** | |
| Tytuł | Badanie biomonitoringowe w miejscu pracy HBM4EU dotyczące chromu i innych szkodliwych substancji chemicznych |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identyfikator uczestnika** | | | |
| Imię i nazwisko |  | Nr tel. |  |
| Przedsiębiorstwo |  | E-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kod uczestnika | |  | Inicjały |
| 1 | Zapoznałem(-am) się z załączoną ulotką „Informacje dla uczestniczących pracowników”. Miałem(-am) możliwość przemyślenia tych informacji, zadania pytań oraz uzyskania satysfakcjonujących odpowiedzi. | |  |
| 2 | Rozumiem, że moje uczestnictwo w badaniu jest dobrowolne oraz że mogę w dowolnej chwili wycofać się z badania bez podawania przyczyny, co nie będzie miało żadnego wpływu na udzielaną mi opiekę medyczną ani przysługujące mi prawa. Zespół badawczy zachowa przy tym prawo do zatrzymania wszelkich próbek zebranych przed wycofaniem zgody pod warunkiem zachowania poufności. | |  |
| 3 | Organizacja [*nazwa organizacji*] będzie mogła kontaktować się ze mną w godzinach pracy, aby zebrać próbki i dane na mój temat po wyrażeniu przeze mnie zgody na uczestnictwo w badaniu. | |  |
| 4 | Wyrażam zgodę na to, aby organizacja [*nazwa organizacji*] miała prawo przekazać moje próbki lub dane osobowe w zakodowanej postaci, co ma służyć ochronie mojej tożsamości, do specjalistycznych laboratoriów w celu przeanalizowania substancji chemicznych oraz markerów określonych w ulotce „Informacje dla uczestniczących pracowników”. | |  |
| 5 | Wyrażam zgodę, aby organizacja [*nazwa organizacji*] miała prawo do przechowywania moich próbek i danych osobowych w banku biologicznym przez okres [*liczba lat*] na potrzeby przyszłych badań biomonitoringowych zatwierdzonych pod względem etycznym.  Przyjmuję do wiadomości, że organizacja [*nazwa organizacji*] może kontaktować się ze mną w przyszłości w sprawie wykorzystania moich próbek i danych osobowych. Moje dane osobowe mogą być przechowywane wyłącznie w tym celu i nie będą ujawniane żadnej osobie trzeciej. | |  |
| 6 | Wyrażam zgodę na wykorzystywanie aparatów fotograficznych przez organizację [*nazwa organizacji*] na następujących warunkach:  □ **Nie chcę**, aby robiono mi zdjęcia podczas wizyty badawczej  □ Wyrażam zgodę na fotografowanie pod warunkiem, że zdjęcia zostaną opracowane graficznie (zastosowany zostanie efekt rozmycia) w celu zapewnienia ochrony mojej tożsamości we wszelkich publikowanych raportach. | |  |
| 7 | Przyjmuję do wiadomości, że w związku z udziałem w badaniu nie uzyskam korzyści finansowej. | |  |
| 8 | Przyjmuję do wiadomości, że otrzymam informacje na temat mojego wyniku badania poziomu chromu w moczu. Informacje te przekaże mi [*określić w zależności od państwa*].  Ponadto po zakończeniu badania otrzymam podsumowanie ostatecznych zbiorczych wyników badania. Chcę otrzymać te informacje drogą mailową / pocztą tradycyjną na następujący adres:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................. | ................................. | .................................................. |
| Imię i nazwisko uczestnika | Data | Podpis uczestnika |

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

**Oświadczenie badacza / osoby odbierającej zgodę**

Potwierdzam, że uczestnik miał możliwość zadania pytań na temat badania, a na wszystkie pytania zadane przez uczestnika udzieliłem(-am) odpowiedzi zgodnych z prawdą i posiadaną przeze mnie wiedzą. Potwierdzam, że uczestnik nie został przymuszony do wyrażenia zgody, która została udzielona w sposób dobrowolny.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ....................................................... | ..................................... | ................................................... |
| Imię i nazwisko badacza /  osoby odbierającej zgodę | Data | Podpis badacza /  osoby odbierającej zgodę |