

ŚWIADOMA ZGODA – UDZIAŁ OSÓB NIEPEŁNOLETNICH W BADANIU
LungHealth4Life – BADANIE CZYNNOŚCI PŁUC I PROGRAM EDUKACYJNY**Kopia dla rodzin****TYTUŁ BADANIA:** LungHealth4Life – Badanie czynności płuc i program edukacyjny**Wersja i data:** Version 1, 04/10/2025**Główny badacz:** dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki**Dane osoby niepełnoletniej uczestniczącej w programie****1. Imię i nazwisko małoletniego:****2. Data urodzenia:**

Ja,

(imię i nazwisko ojca/matki/opiekuna prawnego)

- Zapoznałem/łam się z przekazaną mi kartą informacyjną na temat badania.
- Udało mi się zadać pytania dotyczące badania i uzyskać satysfakcjonujące odpowiedzi.
- Otrzymałem/łam wystarczającą ilość informacji na temat badania.
- Rozumiem, że udział w sprawie jest dobrowolny i że w każdej chwili mogę wycofać zgodę, bez wpływu na moje zdrowie lub prawa.
- Zostałem/łam poinformowany/a, że badanie zostało zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego, uchwałą 61/25 dotyczącą eksperymentu medycznego KB/58/25
- Wyrażam zgodę na udział osoby niepełnoletniej w opisanym badaniu.

Ochrona danych osobowych:

Zgodnie z przepisami 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 (RODO) oraz Ustawy organicznej 3/2018 z dnia 5 grudnia o ochronie danych osobowych i gwarancji praw cyfrowych (LOPDGDD) i Ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych, Dz.U.2019.1781(zwanej dalej UODO).



Polska Federacja
Stowarzyszeń Chorych
na Astmę, Alergię i POChP

Zostałem poinformowany o przetwarzaniu danych osobowych małoletniego, jego celu, odbiorcach oraz moich prawach jako przedstawiciela ustawowego.

W związku z informacjami, które przekazał mi Administrator Danych i po ich zrozumieniu, wyrażam zgodę na przetwarzanie:

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji projektu badawczego.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby przyszłych projektów badawczych związanych z tym kierunkiem badań.

Chcę być informowany o wynikach istotnych dla zdrowia dziecka:

TAK	
NIE	

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w badaniu.

Podpis badacza/rekrutera	Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego
Imię i nazwisko:	Imię i nazwisko:
Miejsce i data:	Miejsce i data:

ŚWIADOMA ZGODA – UDZIAŁ NIELETNICH W BADANIU
LungHealth4Life – BADANIA FUNKCJI PŁUC I PROGRAM EDUKACYJNY**Kopia dla Głównego Badacza****TYTUŁ BADANIA:** LungHealth4Life – Badanie czynności płuc i program edukacyjny**Wersja i data:** Version 1, 04/10/2025**Główny badacz:** dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki**Dane osoby niepełnoletniej uczestniczącej w programie****3. Imię i nazwisko małoletniego:****4. Data urodzenia:**

Ja, _____

(imię i nazwisko ojca/matki/opiekuna prawnego)

- Zapoznałem się z przekazaną mi kartą informacyjną na temat badania.
- Udało mi się zadać pytania dotyczące badania i uzyskać satysfakcjonujące odpowiedzi.
- Otrzymałem wystarczającą ilość informacji na temat badania.
- Rozumiem, że udział w sprawie jest dobrowolny i że w każdej chwili mogę wycofać zgodę, bez wpływu na moje zdrowie lub prawa.
- Zostałem poinformowany/a, że badanie zostało zatwierdzone przez:
Komisję Bioetyczną Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego, uchwałą 61/25 dotyczącą eksperymentu medycznego KB/58/25
- Wyrażam zgodę na udział osoby niepełnoletniej w opisanym badaniu.

Ochrona danych osobowych:

Zgodnie z przepisami 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 (RODO) oraz Ustawy organicznej 3/2018 z dnia 5 grudnia o ochronie danych osobowych



Polska Federacja
Stowarzyszeń Chorych
na Astmę, Alergię i POChP

i gwarancji praw cyfrowych (LOPDGDD) i Ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych, Dz.U.2019.1781(zwanej dalej UODO).

Zostałem poinformowany o przetwarzaniu danych osobowych małoletniego, jego celu, odbiorcach oraz moich prawach jako przedstawiciela ustawowego.

W związku z informacjami, które przekazał mi Administrator Danych i po ich zrozumieniu, wyrażam zgodę na przetwarzanie:

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji projektu badawczego.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby przyszłych projektów badawczych związanych z tym kierunkiem badań.

Chcę być informowany o wynikach istotnych dla zdrowia dziecka:

TAK	
NIE	

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w badaniu.

Podpis badacza/rekrutera	Podpis Rodzica/Opiekuna
Imię i nazwisko:	Imię i nazwisko:
Miejsce i data:	Miejsce i data: