wzór 3

INFORMACJA O UBEZPIECZENIU BADANIA

Imię i nazwisko dziecka...................................................................................................

lat...........

Adres:...............................................................................................................................

Imię i nazwisko **rodzica/opiekuna** ……………….…………………………………………………...

Temat badań:....................................................................................................................

Niniejszym oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o ubezpieczeniu badania wyżej wymienionego, zawartym w ubezpieczeniu działalności naukowej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.   
Przyjmuję tą informację w odniesieniu do udziału mojego dziecka w badaniu.

......................................... .......................................

podpis badacza  **podpis rodzica/opiekuna**

...................., data ...........................