



Akademia Wychowania Fizycznego
im. Jerzego Kukuczki w Katowicach

**Pracownia Badań
Czynnościowych Człowieka**

(nazwa lub symbol komórki organizacyjnej)

Symbol i nazwa zapisu:

**FB-04B-OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA BADANEGO
Zgoda na udział w badaniach i na przetwarzanie danych**

Imię i nazwisko badanego: lat

Adres zamieszkania:

.....

.....

Temat badań:

.....

Niniejszym oświadczam, że zostałem(łam) szczegółowo poinformowany(a) o sposobie przeprowadzenia badań i moim w nim udziale. Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda. Wiem, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniach w trakcie trwania projektu badawczego.

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę (nie wyrażam zgody*) na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji projektu badawczego, w którym biorę udział.

Katowice, dnia

.....
(podpis rodzica / opiekuna)

.....
(podpis wykonującego badanie)