



Katedra i Zakład Fizjologii

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO na udział niepełnoletniego studenta w ćwiczeniach praktycznych

Ja, niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

działając jako rodzic / opiekun prawny niepełnoletniego studenta:

.....
(imię i nazwisko studenta, kierunek studiów, rok)

wyrażam zgodę na jego/jej udział w ćwiczeniach praktycznych z przedmiotu Fizjologia człowieka prowadzonych w ramach programu studiów na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, które obejmują pobieranie i wykorzystanie własnych próbek biologicznych, tj.:

- kropla krwi,
- próbka moczu,
- próbka śliny.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż:

1. Pobranie i analiza ww. materiałów służy wyłącznie celom dydaktycznym.
2. Badania mają charakter podstawowy i nie stanowią diagnostyki medycznej.
3. Próbkę nie będą wykorzystywane do innych celów niż prowadzenie zajęć dydaktycznych.
4. Udział w ćwiczeniach nie wiąże się z istotnym ryzykiem zdrowotnym, a w razie złego samopoczucia student może odmówić wykonania lub przerwać udział w ćwiczeniu.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka / podopiecznego w wyżej wymienionych zajęciach praktycznych.

....., dnia r.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)