

Έντυπο Συναίνεσης Γονέα ή Έχοντα/ουσας την Επιμέλεια για Συμμετοχή στην Έρευνα

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Παρακαλούμε επιλέξτε το τετραγωνίδιο ΝΑΙ, εφόσον συναινείτε με το περιεχόμενο της πρότασης.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει το ενημερωτικό φυλλάδιο πριν λάβω μέρος εγώ και το παιδί μου στην έρευνα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γνωρίζω ότι η συμμετοχή η δική μου και του παιδιού μου στην έρευνα είναι εθελοντική και ότι είμαστε ελεύθεροι να αποσυρθούμε όποια στιγμή θέλουμε χωρίς να εξηγήσουμε τον λόγο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δίνω την συγκατάθεσή μου στην επεξεργασία τόσο των δικών μου δεδομένων της έρευνας όσο και αυτών του παιδιού μου για ερευνητικούς σκοπούς, όπως περιγράφονται στο ενημερωτικό φυλλάδιο*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δέχομαι να συμμετάσχω στην έρευνα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δέχομαι να συμμετάσχει το παιδί μου στην έρευνα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Οι απαραίτητες πληροφορίες - ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικά με όλα τα ζητήματα που αφορούν στη συμμετοχή στην έρευνα είναι διαθέσιμες στον σύνδεσμο <https://yourview.sch.gr/>. Αφού τις διαβάσετε, παρακαλούμε συμπληρώστε το πιο πάνω έντυπο και αποστείλετέ το με το παιδί σας στο σχολείο του.

Ημερομηνία: /..... /2024

Υπογραφή Γονέα / Κηδεμόνα