

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Έντυπο Συναίνεσης Γονέα ή Έχοντα/ουσας την Επιμέλεια παιδιών που φοιτούν σε Σχολικές Μονάδες
Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης 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 στην έρευνα που αφορά το παιδί μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γνωρίζω ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος/-η να αποσυρθώ όποια στιγμή θέλω χωρίς να εξηγήσω τον λόγο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δίνω τη συγκατάθεσή μου στην επεξεργασία των δικών μου δεδομένων της έρευνας 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"/>

* 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 προσκομίστε το στο σχολείο.

Ημερομηνία: / / 2024

Υπογραφή Γονέα / Κηδεμόνα