



Formularz z wyrażeniem zgody na udział w Kupol

Wyrażam zgodę na moje i mojego dziecka uczestnictwo w Kupol i na przetwarzanie moich i mojego dziecka danych osobowych w ramach programu badawczego. Zapoznałam/-em się z pisemną informacją i otrzymałam/-em możliwość zadania pytań dotyczących badań. Zrozumiałam/-em, że moje i mojego dziecka uczestnictwo jest zupełnie dobrowolne i może być przerwane, kiedy tylko chcemy bez podania bliższego wyjaśnienia.

- Spanska/Español Polska/ Polski Turkiska/ Türkçe Sorani/سۆرانی Persiska/فارسی
 Arabiska/العربية Somaliska/Somaali Tirgrinska/ትግርኛ Engelska/English Kinesiska/中文

Prosimy o zaznaczenie krzyżykiem kratki TAK lub NIE przy następujących punktach:

- A** Wyrażam zgodę, aby moje dziecko wypełniło kwestionariusz ankiety, która zostanie zarejestrowana w bazie danych w Karolinska Institutet i wykorzystana do badań nad znaczeniem środowiska szkoły dla zdrowia psychicznego młodzieży. Tak Nie
- B** Wyrażam zgodę na pobranie danych z rejestru dotyczących mnie i mojego dziecka. Tak Nie
- C** Wyrażam zgodę na pobranie od mojego dziecka próbek śliny. Wyrażam także zgodę na przechowywanie próbek śliny w banku materiału biologicznego znajdującym się w szpitalu uniwersyteckim Karolinska Universitetssjukhuset i na wykorzystanie tych próbek do badań nad oddziaływaniem szkoły na stres wśród młodzieży. Prosimy o zwrócenie uwagi, że w przypadku dzieci z dwojgiem opiekunów sprawujących opiekę rodzicielską, potrzebne są – w celu pobrania próbek śliny – podpisy obydwu opiekunów. Tak Nie

Numer personalny dziecka: _____

Nazwisko dziecka: _____

Szkoła dziecka: _____

Klasa dziecka: _____

Podpis dziecka: _____

Opiekun sprawujący opiekę rodzicielską 1

Podpis: _____

Data: _____

Nazwisko drukowanymi literami: _____

- Relacja do dziecka: Ojciec biologiczny Ojciec adopcyjny Ojciec zastępczy
 Matka biologiczna Matka adopcyjna Matka zastępcza
 Inna, jaka _____ Samodzielnie sprawuję opiekę rodzicielską nad moim dzieckiem

Opiekun sprawujący opiekę rodzicielską 2

Podpis: _____ Data: _____

Nazwisko drukowanymi literami: _____

Relacja do dziecka: Ojciec biologiczny Ojciec adopcyjny Ojciec zastępczy
 Matka biologiczna Matka adopcyjna Matka zastępcza
 Inna, jaka _____ Samodzielnie sprawuję opiekę rodzicielską nad moim dzieckiem

Jeżeli sprawujesz wspólnie opiekę nad dzieckiem, ale nie mieszkasz z drugim opiekunem, prosimy o przekazanie formularza z wyrażeniem zgody drugiemu z opiekunów, aby on/ona mógł podpisać formularz. Jeżeli jest ci trudno dotrzeć do drugiego opiekuna dziecka, prosimy o napisanie jego/jej adresu, abyśmy sami mogli się z nim/nią:

Nazwisko (opiekun sprawujący opiekę rodzicielską 2): _____

Adres: _____

Aby skontaktować się z tobą i twoim dzieckiem, potrzebne nam są twoje dane adresowe i telefon.

Adres: _____

Adres poczty elektronicznej: _____ Numer telefonu komórkowego: _____

Prosimy o odesłanie ankiety w załączonej kopercie zwrotnej.



**Karolinska
Institutet**



**Stockholms
universitet**



**UPPSALA
UNIVERSITET**

Postadress

Karolinska Institutet
Institutionen för folkhälsovetenskap
Projekt Kupol
Tomtebodavägen 18a
171 77 Stockholm

Org. number 202100 2973

Besöksadress

Widerströmska Huset
Tomtebodavägen 18a
Stockholm

Webb

Ki.se
Kupolstudien.se

Kontaktpersoner

Elin Arnö (kontaktperson)
Forskningssamordnare
Tel: 08 - 524 801 08
elin.arno@ki.se

Rosaria Galanti
Professor, projektansvarig
Tel: 08 - 123 371 65
rosaria.galanti@ki.se