**Informovaný souhlas**

Jméno a příjmení dítěte:

Zdrav. Pojišťovna:

Rodné číslo:

Telefon:

Kontakt na pediatra (jméno, telefon.č.):

Očkování proti pneumokokům: název vakcíny/datum:

Já, ……………………………………………………………………………………... zákonný zástupce či opatrovník svým podpisem níže potvrzuji, že:

* jsem před podpisem měl/a dostatek času k přečtení informací o studii, byl/a jsem podrobně informován/a o cíli a účelu této studie a o tom, v čem spočívá účast ve studii;
* jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a na všechny jsem obdržel/a uspokojivou odpověď;
* rozumím, že mohu svobodně a bez udání důvodu kdykoliv svůj souhlas s účastí v této studii odvolat;
* převezmu stejnopis tohoto podepsaného Informovaného souhlasu;
* dobrovolně a bez výhrad souhlasím s účastí mého dítěte / svěřence, jehož jsem zákonným opatrovníkem na této studii;
* souhlasím s použitím ode mne získaných dat pro tuto studii, včetně zveřejnění dat ve veřejně přístupné vědecké databázi za podmínek, že data budou použita výhradně v anonymizované podobě;
* jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytuji bezúplatně;
* souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto Informovaném souhlasu uvedených jejich správcem pro tyto účely studie;
* beru na vědomí, že mám právo svůj souhlas se zpracováním osobních údajů kdykoli odvolat elektronicky e-mailem na adresu jana.kozakova@szu.cz. Odvoláním souhlasu však není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

……………………………………………………………
Podpis rodiče/zákonného zástupce dítěte

Datum, místo:

……………………………………………………………
Celé jméno člena výzkumného týmu provádějícího šetření

……………………………………………………………
Podpis člena výzkumného týmu provádějícího šetření

Datum, místo: