



## Zgoda na bezpłatne badania przesiewowe słuchu i głosu



Imię i nazwisko rodzica/opiekuna .....

Adres do korespondencji - .....

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka wymienionych poniżej bezpłatnych badań słuchu i głosu, w ramach realizacji Programu Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie oraz na wykorzystanie wyników badań do prac naukowo-badawczych.

**UWAGA:** prosimy o zaznaczenie krzyżykiem badań, na które wyrażają Państwo zgodę

badania słuchu

nagranie głosu

Imię i nazwisko dziecka ..... PESEL\*)

Uczeń klasy ..... Szkoły Podstawowej nr ..... w .....

.....  
data

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka

\*) lub data urodzenia w formacie dd-mm-rrrr

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej ankiecie dla potrzeb realizacji programu „Program badań przesiewowych słuchu i głosu u dzieci w wieku 7 lat z terenów wiejskich i małych miast województw Polski wschodniej”, (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r., o Ochronie Danych Osobowych, Dz.U. Nr 133, poz. 883).