**ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ (ΠΡΟΤΥΠΟ)**

**Τίτλος: [***Τίτλος προγράμματος/έρευνας*]

**Ερευνητής/ες:** [*Όνομα/τα ερευνητών/ερευνητριών, Τμήμα, Θέση, Σχέση με ΕΛΜΕΠΑ*

**Χρηματοδότης:** [*Όνομα χρηματοδότη φορέα αν ισχύει/διαγράψτε αν δεν ισχύει*]

**Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε συναίνεση**

***Τα παρακάτω θα πρέπει να προσαρμοστούν στο είδος και τις ανάγκες της έρευνας.***

***Επίσης, όπου υπάρχουν κόκκινα γράμματα πρέπει να διαγραφούν***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη συζήτηση | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| Κατανοώ ότι μπορώ να ζητήσω να καταστραφούν οι πληροφορίες που έδωσα στο πλαίσιο της έρευνας μέχρι *[ό,τι ισχύει]* | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για παράπονα ή καταγγελίες | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για να ασκήσω τα δικαιώματα μου | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| **Επιπρόσθετα** όπου ισχύει κάποιο ή κάποια από τα παρακάτω, να δηλωθεί η συναίνεση (σε χωριστές γραμμές για κάθε ένα που ισχύει)  Διαφορετικά να διαγραφούν οι ακόλουθες προτάσεις | |  |  |
| Εχω ενημερωθεί ότι κατά τη διάρκεια της συνέντευξης/επικοινωνίας με τον ερευνητή/τρια  θα ηχογραφηθεί ή βιντεοσκοπηθεί η συνομιλία μου και ότι τα συγκεκριμένα αρχεία θα αποθηκευτούν και θα προστατευτούν σύμφωνα με όσα περιγράφονται στο έντυπο πληροφόρησης | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| Έχω ενημερωθεί για:  Λήψη πληροφοριών από τον ιατρικό φάκελο  Λήψη δειγμάτων (DNA, βιολογικών)  Χρήση βιοχημικών δεδομένων  Χρήση γενετικών δεδομένων  Χρήση φαρμακευτικής αγωγής  Χρήση εικονικών φαρμάκων  Πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων  Ιχνηλασία (Tracking)  Profiling κλπ | | **ΝΑΙ** 🖵 | **ΟΧΙ** 🖵 |
| **Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος:** | | | |
| **Υπογραφή** | **Ημερομηνία** | | |
| **Ονοματεπώνυμο ερευνητή:** | | | |
| **Υπογραφή** | **Ημερομηνία** | | |