



INFORMACJA DLA BADANEGO

Tytuł badania: BADANIE ODPORNOŚCI PSYCHICZNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY Z WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO.

Miejsce wykonania badania naukowego: Badanie zostanie przeprowadzone w Twojej szkole, w trakcie wybranej lekcji. Udział w badaniu będzie polegał na wypełnieniu, na własnym telefonie, ankiety.

Czas wykonywania badania naukowego: 25 minut

Kierownik badania naukowego: Agata Gemser-Wrębiak, psycholog, Dyrektor Centrum Motywacyjno-Profilaktycznego im. dr. Bena Furmana, Fundacja Pomocy Dzieciom ULICA, agata@fundacjaulica.pl, 507 84 93 08.

Kierownik części niemedycznej **badania naukowego:** Wyznaczony przez dyrekcję Twojej szkoły, Koordynator badania.

Zapraszamy wzięcia udziału w badaniu odporności psychicznej dzieci i młodzieży w wieku 10-18 lat w szkołach województwa śląskiego. Chcemy lepiej poznać, jak radzicie sobie ze stresem, emocjami, wyzwaniami dnia codziennego oraz jak Was w tym właściwie wspierać.

Badanie jest anonimowe i dobrowolne, udział wymaga zgody rodzica/ opiekuna lub jeżeli masz min. 16 lat Twojej zgody. Wypełniacie internetowe ankiety online, podczas wyznaczonej przez koordynatora badania lekcji. O dacie i miejscu badania zostaniecie wcześniej poinformowani.

Wasze odpowiedzi będą analizowane zbiorczo, nie zbieramy danych osobowych, więc wszystko jest bezpieczne i poufne. Pytania dotyczą codziennego samopoczucia i relacji z innymi, nie zawierają trudnych ani drażliwych treści. Udział w badaniu nie niesie ryzyka. W razie pytań możecie skontaktować się z nauczycielem, koordynatorem badania lub kierownikiem badania, do którego kontakt znajduje się powyżej.

Dziękujemy, że pomagasz nam tworzyć szkoły, gdzie dzieci i młodzież rozwijają siłę i moc.

Dane kontaktowe, pod którymi można uzyskać dodatkowe informacje:
agata@fundacjaulica.pl 507 84 93 08 www.niemozliwego.pl/badanie

Otrzymałem informacje o badaniu:

Uczestnik badania	Imię i nazwisko dziecka biorącego udział w badaniu:	Podpis uczestnika badania i data:
		Podpis prawnego opiekuna (w przypadku osób poniżej 16 lat) i data:



OŚWIADCZENIE BADANEGO

ZGODA UCZESTNIKA NA UDZIAŁ W BADANIU NAUKOWYM

Nazwisko i imię uczestnika:

Adres:

Wiek:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego*:

** jeśli dotyczy, dotyczy osób poniżej 16 r.ż.*

Imię i nazwisko kierownika badań: Agata Gemser-Wrębiak

Telefon kontaktowy w sprawie badania: 507 84 93 08

Tytuł badania: BADANIE ODPORNOŚCI PSYCHICZNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY Z WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO.

Niniejszym oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez: koordynatora badania w mojej szkole lub za pośrednictwem strony projektu: niemozliwego.pl/badanie

1. o celu zamierzonych badań i sposobie ich przeprowadzenia oraz, że miałam/em możliwość zadawania pytań prowadzącemu badanie naukowe niebędące eksperymentem medycznymi otrzymałam/em odpowiedzi na te pytania, rozumiem na czym badania te mają polegać i do czego potrzebna jest moja zgoda lub zgoda moich opiekunów (jeżeli nie mam ukończonych 16 lat). Zapoznałam się z treścią "Informacji dla badanego", której 1 egz. otrzymałam. Zostałam/em poinformowana/ny o potencjalnym ryzyku związanym z programem badawczym. Tak więc, **dobrowolnie wyrażam zgodę na poddanie się badaniu naukowemu**,
2. o możliwości odmowy zgody na udział w badaniach lub cofnąć ją w każdej chwili – także podczas ich wykonywania.

Uwagi uczestnika badania naukowego

.....

Uczestnik badania	Imię i nazwisko:	Podpis uczestnika badania i data:
		Podpis prawnego opiekuna (w przypadku osób poniżej 16 r.ż) i data:

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO DLA UCZESTNIKA

Tytuł badania: BADANIE ODPORNOŚCI PSYCHICZNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY Z WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO.

Na podstawie art. 13 przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informuję, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Fundacja Pomocy Dzieciom ULICA
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego: inspektor@fundacjaulica.pl
3. Pana/Pani dane przetwarza się w szczególności w celach przeprowadzenia postępowania stanowiącego badanie naukowe w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub in.
4. Podstawą przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest dobrowolna zgoda udzielona na podstawie art. 6 ust. lit. a) RODO.
5. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych są podmioty uprawnione do uzyskania tych danych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty realizujące postępowanie w ramach eksperymentu medycznego lub badania naukowego, z którymi zawarte zostały umowy powierzenia danych osobowych - gwarantujące odpowiednie środki ochrony przetwarzanych danych osobowych.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania udzielonej zgody.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (wyłącznie w zakresie, w którym obowiązek przetwarzania nie wynika z przepisów prawa), ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych i prawo do przenoszenia danych.
8. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w przypadku gdy Pan/Pani uzna, że Fundacja Pomocy Dzieciom ULICA przetwarza Pana/Pani dane osobowe w sposób niezgodny z przepisami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
9. W przypadku gdy Fundacja Pomocy Dzieciom ULICA Pana/Pani dane osobowe przetwarza na podstawie wyrażonej zgody, przysługuje Panu/Pani prawo do jej cofnięcia w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do nawiązania współpracy. Zaniechanie podania danych osobowych oznaczać będzie brak możliwości przeprowadzenia eksperymentu medycznego lub badania naukowego z Pana/Pani udziałem.
11. Administrator nie przekazuje danych osobowych poza terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
12. W ramach działalności związanej z niniejszą Umową nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz nie dochodzi do profilowania.

Uczestnik badania	Imię i nazwisko:	Podpis uczestnika badania i data:
		Podpis prawnego opiekuna (w przypadku osób poniżej 16 r.ż) i data:



OŚWIADCZENIE
O PRZYJĘCIU PRZEZ UCZESTNIKA BADANIA
NAUKOWEGO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

Tytuł badania: *BADANIE ODPORNOŚCI PSYCHICZNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY Z WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO.*

Zostałem poinformowany, że badanie naukowe, którego jestem uczestnikiem, objęty jest polisą obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, wystawioną na rzecz Fundacji Pomocy Dzieciom ULICA, wystawioną przez BALTER Radomił Furlepa. Adres. ul. gen. Józefa Sowińskiego 43 lok. 58 40-018 Katowice. NIP 9542502694. Po zapoznaniu się z treścią polisy akceptuje warunki w niej zawarte. Zostałem także poinformowany, że polisa jest dostępna przez cały okres trwania badania naukowego do wglądu w ośrodku badawczym: Fundacji Pomocy Dzieciom ULICA

Uczestnik badania	Imię i nazwisko:	Podpis uczestnika badania i data:
		Podpis prawnego opiekuna (w przypadku osób poniżej 16 r.ż) i data: