

ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU

Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim

Imię i Nazwisko:

PESEL: Telefon kontaktowy:

Adres zamieszkania z kodem pocztowym:

.....
.....

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim” obejmującym badania kwalifikacyjne, ocenę sprawności fizycznej i testy psychologiczne przed okresem treningu i po jego zakończeniu oraz zajęcia treningowe realizowane przez trzy miesiące prowadzone przez posiadającego odpowiednie kwalifikacje trenera.

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/łam się z informacją o badaniu i miałem/łam możliwość zadawania pytań, na które uzyskałem/łam zadawalające odpowiedzi. Mój podpis na niniejszym formularzu został złożony dobrowolnie.

Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1000), wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych dla celów medycznych i naukowych.

Administratorem danych osobowych jest „Regionalny Ośrodek Medycyny Sportowej ARSVITA” w Bydgoszczy. Dla zachowania anonimowości, podczas przetwarzania zebranych danych używany będzie jedynie numer kodowy.

Miejscowość Data:

_____ Podpis

