|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **انستيتو تحقيقات تغذيه‌اي و صنايع غذايي كشور** |  | **دانشگاه علوم‌ پزشكي و خدمات بهداشتي، درماني شهيد بهشتي** |

**فرم رضايت آگاهانه (الف)**

عنوان پروژه: .......................................................................................................................................................................................

اينجانب با اطلاع كامل از اهداف و روش اجراي پروژه تحقيقاتي فوق‌الذكر و نيز شرايط و نحوه شركت خود در آن، اذعان مي‌دارم كه فرصت كافي براي پرسيدن سئوالات مطروحه و دريافت پاسخ‌هاي مناسب را داشته‌ام، لذا با رضايت كامل، بطور داوطلبانه در اين مطالعه شركت مي‌نمايم.

اين امكان براي من وجود دارد تا در هر زمان كه مايل باشم بدون ارائه دليل از مطالعه خارج شوم و اين موضوع تأثيري بر حقوق قانوني من نخواهد داشت.

**نام و نام خانوادگي: ..................................**

**تاريخ: ......................................................**

**امضا: .......................................................**

**نام و نام خانوادگي تحويل گيرنده فرم:...............................**

**تاريخ: ..............................................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **انستيتو تحقيقات تغذيه‌اي و صنايع غذايي كشور** |  | **دانشگاه علوم‌ پزشكي و خدمات بهداشتي، درماني شهيد بهشتي** |

**فرم رضايت آگاهانه (ب)**

اينجانب ................................................... ولي/كفيل قانوني نامبرده ذيل با اطلاع كامل از اهداف و روش اجراي پروژه تحقيقاتي فوق‌الذكر و نيز شرايط و نحوه شركت وي در آن، اذعان مي‌دارم كه فرصت كافي براي پرسيدن سئوالات مطروحه و دريافت پاسخ‌هاي مناسب را داشته‌ام، لذا رضايت كامل خود را از شركت داوطلبانه نامبرده در اين مطالعه شركت مي‌نمايم.

اين امكان براي وي وجود دارد تا در هر زمان كه مايل باشد و يا اينجانب تشخيص دهم بدون ارائه دليل از مطالعه خارج شوم و اين موضوع تأثيري بر حقوق قانوني وي نخواهد داشت.

**نام و نام خانوادگي ولي قانوني: .................................**

**تاريخ: ......................................................**

**امضا: .......................................................**

**نام و نام خانوادگي تحويل گيرنده فرم:............................**

**تاريخ: ...........................................................................**