……………………......

(imię i nazwisko)

**Jest to niezbędne do udziału w badaniach naukowych, zgodnie z zasadami World Medical Association – Deklaracji Helsińskiej.**

**Świadoma zgoda na udział w badaniu**

Wyrażam świadomą zgodę na wykorzystanie danych z kwestionariuszy: SCL-90 oraz BDI wypełnionych przeze mnie, w toku procesu psychoterapii w celu przeprowadzenia badań naukowych, dotyczących wpływu psychoterapii na zakres objawów psychopatologicznych oraz depresji. Zostałam/em poinfomowana/y, że **dane zostaną zanonimizowane w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby wypełniającej kwestionariusze.** Zostałam/em poinformowana/y o celu badania. Rozumiem i akceptuję zasady związane z poufnością badania. Zostałam/em pouczona/y o prawie wycofania zgody w dowolnym momencie oraz o tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Mam świadomość, iż administratorem przekazanych przeze mnie danych w postaci wyrażonej zgody oraz wypełnionych kwestionariuszy: SCL-90 oraz BDI jest Ośrodek Psychoterapii i Promocji Zdrowia „Ogród” w Warszawie.

……………........

(podpis)

**Jest to niezbędne do udziału w badaniach naukowych, zgodnie z zasadami World Medical Association – Deklaracji Helsińskiej.**