**ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.)* получил полную и понятную мне информацию от *Иванова Ивана Ивановича* о планируемом исследовании: "*Тема диссертации*", его цели, методах, действии лекарственных препаратов (способа диагностики, лечения и т.д.), путях их введения, дозах, возможных побочных эффектах и возможном риске. Мне сообщено также о продолжительности исследования и ожидаемых результатах.

Я поставлен в известность, что имею право в любой момент отказаться от участия в исследовании, но это ни в коей мере не скажется на качестве оказания мне медицинской помощи.

У меня было достаточно времени, чтобы принять решение об участии в исследовании. Я даю свое согласие на участие в исследовании.

Я добровольно даю согласие на то, чтобы мои персональные данные, полученные в ходе исследования, были опубликованы и использовались в научных целях, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о персональных данных.

*Подпись и расшифровка подписи участника исследования.*

*Подпись и расшифровка подписи соискателя ученой степени.*

*Дата.*