

আমি,

(আপনার নাম লিখুন)

এইমর্মে

(আমি নিজে / অভিভাবক / দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তি হিসেবে সেরিবাঁল)

পালসি রেজিষ্টারে অর্ন্তভূক্তির জন্য সম্মতি প্রদান করছি।

আমি তথ্য পত্রে উল্লেখিত তথ্য পড়েছি এবং আমার এ সম্পর্কিত সকল প্রশ্নের উত্তর সন্তোষজনক ভাবে বুঝতে পেরেছি। আমি বুঝতে পেরেছি যে, একজন ব্যক্তি সরাসরি ভাবে এই সিপি রেজিষ্টার বা সেরিবাঁল পালসি রেজিষ্টারে অর্ন্তভূক্ত হয়ে কোন প্রকার প্রত্যক্ষ সুবিধা এবং কোন প্রকার আর্থিক সাহায্য পেতে নাও পারে। আমি এ সম্পর্কে সচেতন যে, এই সম্মতিপত্র ও তথ্যপত্রের একটি কপি পূরণ করার পর আমার ব্যক্তিগত রেকর্ডের জন্য রাখা উচিত।

আমি সম্মতি দিচ্ছি যে,

হ্যাঁ ☐না ☐

(আমার /আমার শিশুর/ ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ, রেকর্ড করা এবং স্থায়ীভাবে সিপি রেজিষ্টারে সংরক্ষণের প্রয়োজন হতে পারে।)

হ্যাঁ ☐না ☐

(প্রাপ্ত তথ্য অস্ট্রেলিয়ান সেরিবাঁল পালসি রেজিষ্টারে সরবরাহ বা প্রদান)

হ্যাঁ ☐না ☐

(সিপি রেজিষ্টারের কর্মকর্তা বা কর্মচারীদের থেকে গবেষণা কার্যক্রমে অংশগ্রহণে পূর্ণঃ পূর্ণঃ আমন্ত্রণ প্রাপ্তির ক্ষেত্রে)

হ্যাঁ ☐না ☐

(আমাকে / আমার শিশুকে/ কোন ব্যক্তি দ্বারা মনোনীত কোন স্বাস্থ্যকর্মী সিপি রেজিষ্টার পূরণ করার ক্ষেত্রে অথবা উহার বিস্তারিত তথ্য যাচাই এর জন্য সহযোগিতা করবে। এই স্বাস্থ্যকর্মীদের একটি তালিকা রেজিস্ট্রেশন ফর্মে অর্ন্তভূক্ত আছে।)

স্বাক্ষর:

শিশুর / ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক :

গুধুমাত্র স্বাস্থ্য ও শিক্ষা বিষয়ক পেশাদারদের সাথে আলোচনার ক্ষেত্রে প্রযোয্য

আমি, একজন স্বাস্থ্য অথবা শিক্ষা বিষয়ক পেশাদার হিসাবে প্রত্যয়ন করছি যে, ব্যক্তি/ অভিভাবক/ দায়িত্ব প্রাপ্ত ব্যক্তির কাছে প্রকল্প সম্পর্কিত ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আরো আশা করছি যে, তিনি তার অর্ন্তভূক্তি সম্পর্কে বুঝতে পেরেছেন এবং তিনি স্বাধীন ভাবে তার সম্মতি প্রদান করেছেন।

স্বাক্ষর :

নাম :

পদবী :

তারিখ :