|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| QFO-SR-DR-032 | **رمز النموذج:** | **اسم النموذج: إقرار موافقة للمشاركة في بحث علمي**  **Consent To Participate In Research** | 1(2)  **جامعة فيلادلفيا**  Philadelphia University |
| 1 | **رقم الإصدار: (Rev)** | **الجهة المصدرة: عمادة البحث العلمي والدراسات العليا** |
| 19-12-2023 | **تاريخ الإصدار:** | **الجهة المدققـة: عمادة ضمان الجودة والاعتماد** |
| 2 | **عدد الصفحات:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان البحث: | | Research Title: | | | |
|  | |  | | | |
| الباحث الرئيس: | Principal Investigator: | الهاتف: | Phone: | البريد الإلكتروني: | Email: |
|  |  |  |  |  |  |
| الباحثين المشاركين: | Co-researcher: | الهاتف: | Phone: | البريد الالكتروني: | Email: |
| الباحثون المشاركون  Participating Researchers: | | | | | |
|  | الباحث الاول  First Researcher | الباحث الثاني  Second Researcher | الباحث الثالث  Third Researcher | الباحث الرابع  Fourth Researcher | الباحث الخامس  Fifth Researcher |
| الاسم الرباعي  Name: |  |  |  |  |  |
| الرتبة العلمية  Scientific Rank: |  |  |  |  |  |
| القسم والكلية  Department and Faculty: |  |  |  |  |  |
| الجامعة  University: |  |  |  |  |  |
| التخصص الدقيق  Specialization: |  |  |  |  |  |
| دور الباحث  The role of the researcher: |  |  |  |  |  |
| الغرض من البحث: | | Purpose of the Research: | | | |
|  | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| جهة الدعم: | | Support: | |
|  | |  | |
| سبب الاختيار: | | Reason for Selection: | |
|  | |  | |
| شرح إجراءات البحث: | | Description of Procedures: | |
|  | |  | |
| سرية المعلومات: | | Confidentiality of the Information: | |
|  | |  | |
| الخطورة المحتملة من المشاركة: | | Potential Risks: | |
|  | |  | |
| في حالة الإصابة: | | In case of Injury: | |
|  | |  | |
| المنافع المحتملة: | | Participation and Benefits: | |
|  | |  | |
| آلية التعويض: | | Compensation Mechanism: | |
|  | |  | |
| طوعية المشاركة: | | Voluntary Participation: | |
| يرجى العلم بأن المشاركة في هذا البحث طوعية ويحق للمشارك الانسحاب في أي وقت دون تبعات أو عواقب. | |  | |
| توقيع المشارك أو الوصي القانوني: | Signature of Participant: | التاريخ: | Date: |
|  |  |  |  |

\*\* اذا كنت تريد الحصول على نتائج البحث، يرجى تعبئة البريد الالكتروني: .......................................................................

\*If you would like to know the results of this study tell us where you want them to be sent:

Email or Address: