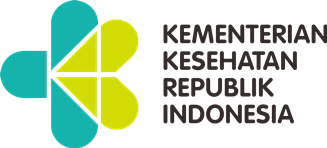
** KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MAKASSAR**

**JURUSAN GIZI**

Jl. Paccerakkang Km. 14. Daya Makassar (90241) Tlp/Fax 510197

Website : http://gizi.poltekkes-mks.ac.id | E-Mail : gizi@poltekkes-mks.ac.id

**SURAT PERSETUJUAN**

**UNTUK BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN**

**“TULISKAN JUDUL PENELITIAN”**

**(Lembar untuk Responden)**

Setelah mendengar penjelasan mengenai tujuan penelitian, prosedur penelitian, risiko, manfaat penelitian, beserta dengan kewajiban dan hak sebagai subyek.

Maka dengan ini saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Umur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tahun

Jenis kelamin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Menyatakan setuju bahwa saya dan anak saya akan berpartisipasi sebagai subyek penelitian ini secara sukarela dan bebas tanpa ada paksaan, dengan catatan apabila suatu ketika merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini tanpa sanksi apapun.

………………………, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2017

|  |  |
| --- | --- |
| Mengetahui  Pembuat Pernyataan  (…………………………………………...) | Penanggungjawab penelitian  (………………………………………) |