**טופס הצהרה על סיום המחקר במחולל מחלה ביולוגי**

שם החוקר/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פקולטה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אני, הח"מ, מבקש/ת בזאת להודיע לוועדה להסדרת המחקר במחוללי מחלות ביולוגיים על סיום המחקר בחומר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, הנכלל ברשימת מחוללי המחלות הביולוגיים כפי שהוגדר בחוק להסדרת מחקרים במחוללי מחלות ביולוגיים, התשס״ט-2008.

שאריות החומר טופלו באופן הבא (נא לפרט אם נותר חומר פעיל, ואם כן כיצד הושמד) -

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | הריני מאשר/ת כי ידוע לי שאסור לי לבצע מחקר או להחזיק בחומר המוזכר לעיל ושאם  בעתיד אהיה מעוניין/ת לשוב ולבצע מחקר באותו מחולל מחלות ביולוגי אצטרך להגיש בקשה חדשה לאישור הוועדה. |
|  |
|  |

חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_