**Lampiran 2. Persetujuan medik atau *informed consent* untuk mahasiswa sarjana (S1) SITH ITB**

**SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : ………………………………………………………………… |
| No. KTP/SIM | : ………………………………………………………………… |
| No. Telp | : ………………………………………………………………… |
| Alamat | : ………………………………………………………………… |
| Status | : Orang tua/Wali *\*pilih salah satu* |

Selaku orang tua/wali dari,

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : …………………………………………………………………… |
| NIM | :…………………………………………………………………… |
| Fakultas/Sekolah | : …………………………………………………………………… |
| Program Studi | : ……………………………………………………………………… |
| Tahun Angkatan | : ……………………………………………………………………… |
| Dosen Pembimbing Tugas Akhir | : ……………………………………………………………………… |

Menyatakan bahwa “Saya memberikan izin kepada pihak yang telah disebutkan di atas untuk dapat melaksanakan aktivitas penelitian di lingkungan SITH ITB dengan selalu menerapkan protokol Kesehatan dan menaati segala peraturan yang ada di SITH ITB. Saya juga memahami segala macam resiko yang mungkin akan timbul dan dapat terjadi sebagai konsekuensi dari keputusan saya di atas.”

Demikian surat pernyataan ini Saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

……………,……………………2021

Orang tua/wali, ………………………….

(Nama Lengkap Orang tua/Wali)