

OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA PEŁNOLETNIEGO

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o charakterze doświadczenia w wirtualnej rzeczywistości (VR) oraz o potencjalnych zagrożeniach z nim związanych.

Jestem świadomy/a, że doświadczenie VR może obejmować bodźce wizualne, w tym światło stroboskopowe lub szybkozmienne obrazy, które mogą wywołać m.in. zawroty głowy, dezorientację, nudności, zmęczenie wzroku, a w rzadkich przypadkach reakcje neurologiczne (np. u osób z predyspozycjami do napadów padaczkowych). Przyjmuję również do wiadomości możliwość wystąpienia dyskomfortu psychicznego, chwilowego zaburzenia równowagi, dezorientacji przestrzennej lub reakcji stresowych.

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w doświadczeniu VR, w szczególności związanych z padaczką światłoczułą, poważnymi zaburzeniami neurologicznymi lub kardiologicznymi. Zobowiązuję się do natychmiastowego przerwania doświadczenia w przypadku wystąpienia niepokojących objawów.

Biorę udział w doświadczeniu dobrowolnie i na własną odpowiedzialność, co oznacza, że nie będę dochodził/a jakichkolwiek roszczeń z tytułu uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia jakkolwiek związanych z udziałem w doświadczeniu VR.

Data: _____

Imię i nazwisko: _____

Podpis użytkownika: _____