Títol de l’estudi:

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

El/La Sr./Sra. ...............................................................................................................com a participant

amb DNI........... ....................................o com a representant legal, familiar, etc. del participant, el/la Sr./Sra.…..................................................................................amb DNI núm. ........................................

**DECLARO** que el Dr. / Dra. .........................................................................................................,

*(Nom i dos cognoms de l’investigador/a que facilita la informació)*

m’ha donat suficient informació sobre l’estudi i que se m’ha fet entrega del corresponent Full d’Informació.

He entès les explicacions que m’han facilitat en un llenguatge clar i senzill, i el facultatiu que m’ha atès m’ha permès realitzar totes les observacions i m’ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara presto i em puc retirar de l’estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense cap repercussió.

Per això, amb la signatura del present document manifesto que estic satisfet/a amb la informació rebuda i que dono la meva conformitat per a participar en aquest estudi.

Així mateix:

-Presto el meu consentiment per a l’obtenció i ús de les mostres biològiques en el marc de l’estudi i en els termes que s’indiquen el Full d’Informació.

[ ]  SI [ ]  NO

-Desitjo que se’m comuniqui la informació derivada de l’estudi que pugui ser rellevant per a la meva salut o la dels meus familiars.

[ ] SI [ ] NO

-Presto el meu consentiment per emmagatzemar i usar les meves mostres biològiques i les dades associades per a futures investigacions en les condicions explicades en el Full d'Informació.

[ ] SI [ ] NO

Presto el meu consentiment a que se’m contacti en cas de necessitar més informació o mostres biològiques addicionals

[ ] SI [ ] NO

 Signatura Signatura Signatura

Investigador/a Participant Representant legal participant

L’Hospitalet de Llobregat, ............ de ................................................ de 20 ......

|  |
| --- |
| **REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT** |
| El/La Sr./Sra. .........................................................................................................com a participant amb DNI........... ................................o com a representant legal, familiar, etc. del participant, el/la Sr./Sra.…..................................................................................amb DNI núm. .............................**DECLARO que:**El/ la Dr./ Dra. ..........................................................................................................................M’ha informat correctament de l’estudi..........................................................................................................................................................................................................................................**REVOCO** el consentimentL’Hospitalet de Llobregat, ............ de ................................................ de 20 ...... |
| SignaturaInvestigador | SignaturaParticipant | SignaturaRepresentant legal participant |