**Consentiment informat**

**TÍTOL DEL PROJECTE**: Estudis genètics en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NÚMERO DE REFERÈNCIA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sr./Sra.** (nom i dos cognoms) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ amb **DNI núm.**

**DECLARO** que he llegit el Full d’informació del projecte de recerca que se m’ha lliurat, que he pogut fer preguntes al respecte i que he rebut suficient informació per part del Sr./de la Sra.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, qui me n’ha explicat tots els detalls, en particular:

1. La finalitat de la recerca o de la línia de recerca per a la qual consento.

2. Els beneficis que se n’esperen.

3. Els possibles inconvenients vinculats amb la donació i l’obtenció de la mostra, inclosa la possibilitat que es posin en contacte amb mi posteriorment amb la finalitat de recollir noves dades o obtenir altres mostres.

4. La identitat de la persona responsable d’aquesta recerca, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doctor/a de la Universitat Autònoma de Barcelona.

5. El dret que m’assisteix de revocació d’aquest consentiment i els seus efectes, inclosa la possibilitat de la destrucció de la mostra, i el fet que aquests efectes no s’estendran a les dades resultants de les recerques que ja s’hagin dut a terme.

6. La garantia de confidencialitat que se m’ha donat sobre la informació obtinguda, i la identitat de les persones que tindran accés a les meves dades de caràcter personal.

**Declaro, a més, que** comprenc que la meva participació és voluntària, per la qual cosa puc retirar-me de la recerca quan ho desitgi, sense haver de donar explicacions i sense que repercuteixi en les meves cures mèdiques.

**Anàlisi** **genètica**

Atès que es realitzaran proves genètiques a les mostres biològiques, se m’ha informat degudament que:

1. La finalitat de l’anàlisi genètica per a la qual consento és la realització d’estudis en gàmetes.

2. L’anàlisi serà realitzada a les instal·lacions de la (Unitat) de la Universitat Autònoma de Barcelona a la ciutat de Cerdanyola del Vallès.

3. El personal que accedeixi a les meves dades genètiques en l’exercici de les seves funcions quedarà subjecte al deure de secret de manera permanent. No es podran revelar a tercers dades genètiques de caràcter personal, excepte amb el meu consentiment exprés i escrit.

4. És possible que durant la recerca es produeixin descobriments inesperats sobre les característiques genètiques del material analitzat que puguin comportar perjudici per a mi o els meus familiars biològics, per la qual cosa se me n’informarà oportunament. En el cas que vulgui exercir el meu dret que no se m’informi al respecte, marcaré la casella del paràgraf següent i indicaré el nom del meu representant legalment autoritzat perquè se li comuniquin els resultats. Quan aquesta informació sigui necessària per evitar un greu perjudici per a la salut dels meus familiars biològics, se’n podrà informar els afectats o el seu representant legalment autoritzat. En tot cas, la comunicació es limitarà exclusivament a les dades necessàries per a aquestes finalitats.

□ No vull tenir accés als resultats ni vull que se me n’informi, per la qual cosa, en el cas d’un possible perjudici per a mi, sol·licito que els comuniqueu al meu representant legalment autoritzat, el Sr./ la Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, amb DNI núm. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domicili a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, carrer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i amb telèfon de contacte número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Finalment DECIDEIXO** lliurement cedir **mostres** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ procedents de/d’ (centre)

La donació de/d’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ és totalment voluntària i no implica cap mena de compensació econòmica. La no donació de/d’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no implica cap conseqüència quant al tractament al qual serà sotmés/esa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Us informem que podeu exercir els drets reconeguts pel Reglament europeu de protecció de dades personals adreçant-vos a (dades del responsable del tractament) amb la sol·licitud i una fotocòpia del DNI mitjançant els formularis disponibles en la web de l’Oficina de Protecció de Dades de la UAB ([www.uab.cat](http://www.uab.cat)). També teniu dret a presentar reclamacions davant l’Autoritat Catalana de Protecció de Dades (https://apdcat.gencat.cat/ca/contacte), i sempre que ho considereu necessari podreu contactar amb el delegat de protecció de dades de la UAB ( [proteccio.dades@uab.cat](mailto:proteccio.dades@uab.cat)).

Així mateix, i d’acord amb l’article 7 de la Llei 14/2007, de 3 de juliol, de recerca biomèdica, aquesta donació implica la renúncia per part dels donants a qualsevol dret de naturalesa econòmica o d’altre tipus sobre els resultats que puguin derivar-se de manera directa o indirecta de les recerques.

**Signatura del participant**: **Signatura del biòleg/metge**:

**Nom**: **Nom**:

**Data**: **Data**:

**Aquest document se signarà per duplicat; l’investigador se’n quedarà una còpia i el subjecte, l’altra.**