**Consentimiento informado**

**TÍTULO DEL PROYECTO**: Estudios genéticos en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NÚMERO DE REFERENCIA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:**

**D/Dª** (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con **DNI nº** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO** que he leído la Hoja de información del proyecto de investigación que se me ha entregado, que he podido hacer preguntas y que he recibido suficiente información por parte de D/Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien me ha explicado todos los pormenores de este, en particular:

1. La finalidad de la investigación o de la línea de investigación para la que consiento.

2. Los beneficios esperados.

3. Los posibles inconvenientes vinculados con la donación y la obtención de la muestra, incluida la posibilidad de que se pongan en contacto conmigo posteriormente con el fin de recabar nuevos datos u obtener otras muestras.

4. La identidad de la persona responsable de esta investigación, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doctor/a de la Universidad Autónoma de Barcelona.

5. El derecho que me asiste de revocación de este consentimiento y de sus efectos, incluida la posibilidad de la destrucción de la muestra, y el hecho de que tales efectos no se extenderán a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hayan llevado a cabo.

6. La garantía de confidencialidad que se me ha dado sobre la información obtenida, y la identidad de las personas que tendrán acceso a mis datos de carácter personal.

**Declaro, además, que** comprendo que mi participación es voluntaria, por lo que puedo retirarme de la investigación cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

**Análisis** **genético**

Dado que se van a realizar pruebas genéticas a las muestras biológicas, se me ha informado debidamente de que:

 1. La finalidad del análisis genético para el que consiento es la realización de estudios en gametos.

2. El análisis se realizará en las instalaciones de la (Unidad) de la Universidad Autónoma de Barcelona en la ciudad de Cerdanyola del Vallès.

3. El personal que acceda a mis datos genéticos en el ejercicio de sus funciones quedará sujeto al deber de secreto de manera permanente. No se podrán revelar a terceros datos genéticos de carácter personal, salvo con mi consentimiento expreso y escrito.

4. Es posible que durante la investigación se produzcan descubrimientos inesperados sobre las características genéticas del material analizado que puedan suponer un perjuicio para mí o mis familiares biológicos, por lo que se me informará oportunamente. En el caso de que quiera ejercer mi derecho a que no se me informe, completaré la casilla del siguiente párrafo e indicaré el nombre de mi representante legalmente autorizado para que le sean comunicados los resultados. Cuando esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para la salud de mis familiares biológicos, se podrá informar a los afectados o a su representante legalmente autorizado. En todo caso, la comunicación se limitará exclusivamente a los datos necesarios para estas finalidades.

□ No quiero tener acceso a los resultados ni que se me informe al respecto, por lo que, en el caso de un posible perjuicio para mí, solicito que los comuniquen a mi representante legalmente autorizado, D/Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domicilio en

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con teléfono de contacto número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Finalmente, DECIDO** libremente ceder **muestras** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ procedentes de (centro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La donación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ es totalmente voluntaria y no implica ningún tipo de compensación económica. La no donación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no implica ninguna consecuencia en cuanto al tratamiento a que será sometido/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Le informamos de que puede ejercer los derechos reconocidos por el Reglamento Europeo de Protección de Datos Personales dirigiéndose a (datos del responsable del tratamiento) con la solicitud y una fotocopia del DNI mediante los formularios disponibles en la web de la Oficina de Protección de Datos de la UAB ([www.uab.cat](http://www.uab.cat)). También tiene derecho a presentar reclamaciones ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos (https://apdcat.gencat.cat/ca/contacte), y siempre que lo considere necesario podrá contactar con el delegado de protección de datos de la UAB (proteccio.dades@uab.cat).

Asimismo, y de acuerdo con el artículo 7 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, esta donación implica la renuncia por parte de los donantes a cualquier derecho de naturaleza económica o de otro tipo sobre los resultados que pudieran derivarse de manera directa o indirecta de las investigaciones.

**Firma del participante**: **Firma del biólogo/médico**:

**Nombre**: **Nombre**:

**Fecha**: **Fecha**:

**Este documento se firmará por duplicado; el investigador se quedará una copia y el sujeto, la otra.**