

**FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT**

Títol de l'estudi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Investigador principal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom i cognoms) amb DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

* He llegit el full d'informació al pacient i/o participant que se m'ha lliurat sobre l’estudi.
* He pogut fer les preguntes sobre l'estudi.
* He rebut prou informació sobre l'estudi.
* He parlat amb \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nom i cognoms de l'investigador).
* Comprenc que la meva participació és voluntària.
* Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:
1. Quan ho desitgi,
2. Sense donar explicacions, i
3. Sense que això repercuteixi en l'atenció mèdica que rebi.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i el Consell de 27 d’abril de Protecció de Dades (RGPD) i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades i garantia dels drets digitals, declaro haver estat informat dels meus drets, de la finalitat de recollida de les meves dades i dels destinataris de la informació.

Presto lliurement la meva conformitat per participar en aquest estudi.

Nom i cognoms de l’/la investigador/a i firma.

Data

Nom i cognoms del/de la pacient i/o participant i firma.

Data