

Si heu entès la informació que se us ha proporcionat, heu resolt qualsevol dubte que poguessiu tenir i decidiu col·laborar amb el projecte GCAT en els termes abans explicats, si us plau, **llegiu i signeu** a continuació aquesta fulla

Si ha comprendido la informació que se le ha proporcionado, ha resuelto cualquier duda que pudiese tener y decide colaborar con el proyecto GCAT en los términos antes explicados, por favor, **lea y firme** a continuación esta hoja

Jo/Yo,
amb/con DNI i/y edat / edad
He parlat amb / He hablado con amb/ con Núm. Col.

Autoritzo a l'IMPPC a que el material biològic i la informació clínica associada siguin incorporats al biobanc de l'IMPPC (GCATbiobank).

Tanmateix, autoritzo a que pugui accedir a les meves dades electròniques de salut per fer un seguiment com a part del projecte d'investigació GCAT, i que les meves dades i material puguin ser cedits des del mateix amb la finalitat de portar a terme projectes d'investigació biomèdica, sempre que aquests comptin amb l'obligada aprovació del Comitè d'Ètica d'Investigació competent.

Entenc que es mantindrà en secret la meva identitat i que s'identificaran les meves mostres amb un sistema de codificació. Sóc lliure de revocar el meu consentiment en qualsevol moment i per qualsevol motiu, sense haver de donar explicacions i sense que repercuteixi a la meva atenció mèdica present o futura.

Aquesta autorització la concedo després d'haver estat informat verbalment i d'haver llegit la informació adjunta.

Autorizo al IMPPC a que el material biológico y la información clínica asociada sean incorporados al biobanco del IMPPC (GCATbiobank).

Autorizo también a que pueda acceder a mis datos de electrónicos salud para hacer un seguimiento como parte del proyecto de investigación GCAT, y que mis datos y material puedan ser cedidos desde el mismo con el fin de llevar a cabo proyectos de investigación biomédica, siempre que éstos cuenten con la obligada aprobación del Comité de Ética de Investigación competente.

Entiendo que se mantendrá en secreto mi identidad y que se identificarán mis muestras con un sistema de codificación. Soy libre de revocar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo, sin tener que dar explicación y sin que repercuta a mi atención médica presente o futura.

Esta autorización la concedo después de haber sido informado verbalmente y de haber leído la información adjunta.

Confirmo que:

1. Autoritzo que el material biològic donat i la informació clínica i epidemiològica associada s'utilitzi per a investigació en els termes recollits en el Document d'Informació al participant/ Autorizo a que el material biológico donado y la información clínica y epidemiológica asociada se utilice para investigación en los términos recogidos en el Documento de Información al participante : SÍ NO
2. Desitjo que se'm comunicui la informació derivada de la investigació que realment sigui rellevant i aplicable per la meua salut o la de la meua família/ Deseo que se me comunique la información derivada de la investigación que realmente sea relevante y aplicable para mi salud o la de mi familia: SÍ NO
3. He expressat el meu desig de que es respectin les següents excepcions respecte a l'objectiu i mètodes de les investigacions/ He expresado mi deseo de que se respeten las siguientes excepciones respecto al objetivo y métodos de las investigaciones:

DONANT/ DONANTE

PERSONA QUE INFORMA

Signatura/ Firma

Signatura/ Firma

A/En....., a..... de..... de.....