

## CONSENTIMIENTO INFORMADO para la obtención y utilización de material audiovisual en el entorno de la docencia e investigación.

D/Dña \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad,  
con DNI \_\_\_\_\_, declaro que he sido informado/a por D/Dña. \_\_\_\_\_,  
responsable del proyecto de investigación:

y he decidido colaborar con el Proyecto concediendo permiso para registrar material audiovisual (imágenes, entrevista grabada, etc.) en los términos que expresa el documento de información que me ha facilitado.

1. El material audiovisual obtenido podrá ser utilizado dentro del ámbito sanitario con fines de investigación médica o docente, preservando en todo momento mi intimidad, sin que en ningún caso revelen mi identidad.
2. No podrán ser cedidos a terceros ni utilizados para otros fines distintos.
3. En cualquier momento puedo revocar este consentimiento sin necesidad alguna de dar ninguna explicación.

OTORGO EN ESTOS TÉRMINOS MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS MENCIONADOS

Denia,

Participante	Responsable de proyecto