

D/Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, he sido informado por

He resuelto cualquier duda que pudiera tener, y he decidido colaborar en el Proyecto de Investigación:

en los términos explicados en el documento de información para pacientes que se me ha facilitado.

He entendido toda la información que se me ha proporcionado relacionada con el proyecto de investigación, sus objetivos, posibles beneficios, riesgos e incomodidades, así como el procesamiento y almacenaje de los datos personales y el destino de las muestras

Mis datos personales, y en su caso las muestras obtenidas y los registros audiovisuales realizados, serán destinados exclusivamente a la investigación, manteniendo en secreto mi identidad.

Soy libre de revocar este consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo, sin tener que dar explicaciones, dirigiéndome a:

Firma del Participante	Firma de la persona que informa