

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DONACIÓN DE TEJIDO CEREBRAL DE DONANTE INCAPACITADO

DATOS DEL DONANTE

Nombre	Apellidos	D.N.I.	Edad

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre	Apellidos	D.N.I.	Relación

PERSONA DEL BTN-INCYL O DEL HOSPITAL QUE INFORMA

Nombre	Apellidos	D.N.I.	Nº Col.

El abajo firmante, como representante del donante, declara haber sido informado por escrito y verbalmente sobre el programa de donación de tejido cerebral del BTN-INCYL y su destino exclusivo para la investigación biomédica en enfermedades neurológicas, psiquiátricas y raras con afectación del sistema nerviosa y, habiendo comprendido su significado, está conforme con ello. Declara, así mismo, que no le consta que el donante haya manifestado oposición a ello, por lo que en su representación:

Autoriza la donación post mórtem del tejido cerebral, al Banco de Tejidos Neurológicos del Instituto de Neurociencias de Castilla y León, **BTN-INCYL**, para que, en el futuro, sus muestras y los datos asociados, puedan ser cedidos gratuitamente para su uso en proyectos de investigación en enfermedades neurológicas, psiquiátricas o raras, siguiendo el procedimiento establecido por la Ley de Investigación Biomédica (L.I.B. 14/2007), y según el protocolo de este Biobanco.

Entiende además que esta decisión que ahora formaliza con su firma, en virtud de la Ley de Investigación Biomédica y sus datos personales (representante legal y donante) serán incorporados en el Registro de Donantes del BTN-INCYL y serán tratados y estarán protegidos de acuerdo al Reglamento general de Protección de Datos, Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la Ley 14/2007, de 3 de julio de investigación biomédica. El Reglamento (UE) nº 2016/679 General de Protección de Datos le otorga los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de datos, derecho de limitación del tratamiento y portabilidad de los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, dirijase al servicio de Protección de Datos de la Universidad de Salamanca (dpd@usal.es). Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/a (www.agpd.es).

Esta decisión que ahora formaliza con su firma, en virtud de la Ley de Investigación Biomédica y el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, y la LO 3/2018 podrá revocarla en cualquier momento, sin necesidad de justificación alguna.

Si lo consideramos necesario: ¿nos autoriza a ponernos en contacto con usted para hacerle una serie de preguntas relativas a su estado actual de salud o a su enfermedad, en el caso de que usted padezca una patología neurológica diagnosticada?

SI NO

EL DONANTE	PERSONA QUE INFORMA
Firma	Firma

En _____, a _____ de _____ de 20__.