Junta de Andalucía
Consejería Sanidad, Presidencia y Emergencias
Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía

REVOCACIÓN / MODIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA USO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS E INFORMACIÓN ASOCIADA DONADAS AL BIOBANCO DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO DE ANDALUCÍA

Yo, D./Dña. _____revoco el consentimiento informado otorgado en el documento _____ (especificar fecha aproximada y/o procedimiento).

Solicito:

☐ **Revocación total**: las muestras biológicas e información asociada serán destruidas excepto aquellas que ya hayan sido cedidas por el Biobanco y utilizadas en proyectos, y las líneas iPSC generadas.

☐ **Revocación parcial**: solicito que mis muestras NO sean utilizadas para la/s siguiente/s finalidad/es:

- ☐ Investigación
 - ☐ otros proyectos en la misma área o línea de investigación de su enfermedad.
 - ☐ otros proyectos de diferentes áreas o líneas de investigación detalladas en el consentimiento informado.
- ☐ Docencia
- ☐ Control de Calidad

☐ **Anonimización de las muestras biológicas e información asociada**: la anonimización no le permitirá recibir ningún tipo de información relevante para su salud derivada de los proyectos en los que sea utilizada, incluidos los resultados de los análisis genéticos, o los proyectos a los que se ceden las muestras y su información asociada a partir de este momento. Tampoco le permitirá hacer uso de sus muestras por razones de salud ni que el Biobanco contacte con Usted en el futuro, así como ejercer posteriormente su derecho de revocación.

Otras consideraciones:
……
……
……

En _____, a _____ de _____ de _____

EL/LA DONANTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del/de la donante)
Fdo.:	Fdo.:

En el caso de donaciones de menores de 16 años de edad:

☐ Confirmo bajo mi responsabilidad que el otro progenitor no se opone a la participación de nuestro hijo/a en el estudio.

☐ El firmante es el único representante legal del menor.