

Revocació consentiment informat biobanc:

Seguint l'establert en la Llei 14/2007 d'Investigació Biomèdica, i el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016 (RGPD), vostè pot revocar el consentiment en qualsevol moment posterior a la signatura, donat el cas les seves mostres biològiques i dades associades seran retirades i eliminades del biobanc. Aquesta revocació és lliure i en cap cas repercutirà negativament en la cura assistencial que la persona donant rebí.

SOLICITO:

- La anulació o cancel·lació total del consentiment:**
eliminació total de les meves mostres i dades

| |
|---------------|
| DONANT |
| Nom |
| Cognoms |
| DNI |
| Signatura |

| |
|---|
| REPRESENTANT |
| Nom |
| Cognoms |
| DNI |
| Relació amb el donant: |
| Tipus de representant: |
| <input type="checkbox"/> Testimoni autoritzat pel donant ⁽¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Tutor legalment autoritzat ⁽²⁾ |
| Firma |

(1) i (2) En cas d'incapacitat del donant

Revocación consentimiento informado biobanco:

Seguiendo lo establecido en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 d'abril de 2016 (RGPD), usted puede anular o cancelar el consentimiento en cualquier momento posterior a la firma, en cuyo caso sus muestras biológicas serán destruidas y los datos asociados a las mismas serán retirados del biobanco. Esta revocación es libre y en ningún caso repercutirá negativamente en el cuidado asistencial que la persona donante reciba.

SOLICITO:

- La anulación o cancelación total del consentimiento:**
eliminación total de mis muestras y datos

| |
|----------------|
| DONANTE |
| Nombre |
| Apellidos |
| DNI |
| Firma |

| |
|--|
| REPRESENTANTE |
| Nombre |
| Apellidos |
| DNI |
| Relación con el donante: |
| Tipo de representante: |
| <input type="checkbox"/> Testimonio autorizado por el donante ⁽¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Tutor legalmente autorizado ⁽²⁾ |
| Firma |

(1) y (2) En caso de incapacidad del donante

En....., a..... de..... del.....

Els efectes de la revocació son aplicables a partir de la data de signatura del present document, però no es podrán extender a la investigació que s'hagués portat ja a terme.

Li recordem que si ho desitja pot contactar amb el nostre Delegat de Protecció de Dades (DPD), revocar el consentiment facilitat i/o exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament i/o portabilitat de les dades mitjançant escrit adreçat en la següent adreça: Hospital Duran i Reynals, 3a planta / Gran Via de l'Hospitalet, 199, 08908, Hospitalet de Llobregat o en la següent adreça de correu electrònic: dpo@idibell.cat. En cas de que consideri que s'han vulnerat els seus drets també li assisteix el dret a presentar una reclamació front a l'autoritat de control competent: Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

Los efectos de esta cancelación o anonimización son aplicables a partir de la fecha de firma del presente documento, pero no se podrán extender a la investigación que ya se hubiera llevado a cabo.

Le recordamos que si lo desea puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos (DPD), revocar el consentimiento facilitado y/o ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación del tratamiento y/o portabilidad de los datos mediante escrito a la siguiente dirección: Hospital Duran i Reynals, 3a planta / Gran Via de l'Hospitalet, 199, 08908, Hospitalet de Llobregat o en el siguiente correo electrónico: dpo@idibell.cat. En caso que considere que se han vulnerado sus derechos también le asiste el derecho a presentar una reclamación frente a la autoridad de control competente: Autoritat Catalana de protecció de Dades.

Entregar full d'informació i còpia rosa al donant / Entregar hoja de información y copia rosa al donante