

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COPIA PARA EL PARTICIPANTE		SÍ	NO
Acepto participar de forma voluntaria en el estudio: “ESTUDIO DE LAS REPERCUSIONES EN LA SALUD DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN ALTURA. ALTIUS-SN”		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He leído la Hoja de Información al participante; comprendo los riesgos y los beneficios que comporta mi participación; participo de forma voluntaria; y sé que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos y/o muestras siempre que quiera en cualquier momento del desarrollo del estudio, sin dar explicaciones y sin que esto tenga repercusión alguna para mi persona.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer las preguntas que he considerado sobre el mismo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que mi participación en el estudio consiste en: i) Aportar los datos necesarios para la realización de una historia clínica dirigida a los objetivos del proyecto; ii) Donar las muestras de sangre y orina previstas en el protocolo de estudio; iii) Someterme a la realización de las exploraciones complementarias incluidas en el protocolo de estudio; iv) Seguir las pautas indicadas para la realización de las exploraciones complementarias e historia clínica; v) Llevar el dispositivo personal durante el tiempo requerido; vi) Acudir a las revisiones en las fechas establecidas; y vii) Mantener el contacto con el equipo de investigación en las condiciones establecidas en el protocolo de estudio.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que mi participación en el proyecto no me exime de la aplicación de todas aquellas medidas que se recomiendan para la prevención de riesgos laborales.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que no recibiré un beneficio económico directo por mi participación.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos o a las muestras que proporcione.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo ponerme en contacto con los responsables del proyecto si lo necesito.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi permiso para que los investigadores contacten conmigo nuevamente a través del Email y/o de los teléfonos que también indico:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi permiso para que las personas autorizadas para ello accedan a consultar mi historia clínica para recoger los datos necesarios relacionados con el estudio.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participante	Quién ha informado*		

Fecha (Día/mes/año)

“*Hago constar que he explicado las características y el objetivo del Proyecto y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona que ha otorgado su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Contacto: En el caso que necesite ponerse en contacto con los investigadores del estudio puede llamar al teléfono 655 99 40 28 ó al 651 40 56 76

Información básica sobre protección de datos

Responsable	UNIVERSIDAD DE GRANADA
Finalidad	Participación en el Proyecto de Innovación Docente: “ESTUDIO DE LAS REPERCUSIONES EN LA SALUD DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN ALTURA. ALTIUS-SN”
Legitimación	Interés público en investigación: artículo 6.1 e) RGPD. Consentimiento: artículo 6.1.a) y 9.2 a) RGPD.
Destinatarios	Cuando proceda, a Juzgados y Tribunales, Defensor del Pueblo Andaluz y Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía.
Derechos	La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de sus datos, como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente enlace: https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/ img/atencional ejercicioderechos/!



CONSENTIMIENTO INFORMADO

COPIA PARA EL EQUIPO INVESTIGADOR		SÍ	NO
Acepto participar de forma voluntaria en el estudio: “ESTUDIO DE LAS REPERCUSIONES EN LA SALUD DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN ALTURA. ALTIUS-SN”		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He leído la Hoja de Información al participante; comprendo los riesgos y los beneficios que comporta mi participación; participo de forma voluntaria; y sé que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos y/o muestras siempre que quiera en cualquier momento del desarrollo del estudio, sin dar explicaciones y sin que esto tenga repercusión alguna para mi persona.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer las preguntas que he considerado sobre el mismo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que mi participación en el estudio consiste en: i) Aportar los datos necesarios para la realización de una historia clínica dirigida a los objetivos del proyecto; ii) Donar las muestras de sangre y orina previstas en el protocolo de estudio; iii) Someterme a la realización de las exploraciones complementarias incluidas en el protocolo de estudio; iv) Seguir las pautas indicadas para la realización de las exploraciones complementarias e historia clínica; v) Llevar el dispositivo personal durante el tiempo requerido; vi) Acudir a las revisiones en las fechas establecidas; y vii) Mantener el contacto con el equipo de investigación en las condiciones establecidas en el protocolo de estudio.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que mi participación en el proyecto no me exime de la aplicación de todas aquellas medidas que se recomiendan para la prevención de riesgos laborales.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que no recibiré un beneficio económico directo por mi participación.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos o a las muestras que proporcione.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo ponerme en contacto con los responsables del proyecto si lo necesito.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi permiso para que los investigadores contacten conmigo nuevamente a través del Email y/o de los teléfonos que también indico:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi permiso para que las personas autorizadas para ello accedan a consultar mi historia clínica para recoger los datos necesarios relacionados con el estudio.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participante	Quién ha informado*		

Fecha (Día/mes/año)

“*Hago constar que he explicado las características y el objetivo del Proyecto y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona que ha otorgado su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Contacto: En el caso que necesite ponerse en contacto con los investigadores del estudio puede llamar al teléfono 655 99 40 28 ó al 651 40 56 76

Información básica sobre protección de datos

Responsable	UNIVERSIDAD DE GRANADA	
Finalidad	Participación en el Proyecto de Innovación Docente: “ESTUDIO DE LAS REPERCUSIONES EN LA SALUD DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN ALTURA. ALTIUS-SN”	
Legitimación	Interés público en investigación: artículo 6.1 e) RGPD. Consentimiento: artículo 6.1.a) y 9.2 a) RGPD.	
Destinatarios	Cuando proceda, a Juzgados y Tribunales, Defensor del Pueblo Andaluz y Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía.	
Derechos	La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de sus datos, como se explica en la información adicional.	
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente enlace: https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/_img/atencional ejercicioderechos/!	

