JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO VOLUNTARIO DE PERSONAS INTERESADAS EN PARTICIPAR EN ENSAYOS CLÍNICOS EN ANDALUCÍA, ReVECA (Código de procedimiento: 12341)

..... de ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha .....)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO: ☐ H ☐ M	DNI/NIE:
DOMICILIO: TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						SEXO: ☐ H ☐ M	DNI/NIE/NIF:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					

2 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Marque sólo una opción.

☐ **OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:

DOMICILIO NOTIFICACIONES:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					

☐ **OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.

En tal caso:

☐ Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.

☐ Manifiesto que **NO** dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que **AUTORIZO** a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.

Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.

Apellidos y nombre: ..... DNI/NIE: .....

Correo electrónico: ..... Nº teléfono móvil: .....

3 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS Y AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Ejerzo el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano gestor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren:

	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1				
2				
3				
4				
5				

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

3 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS Y AUTORIZACIONES (Continuación)

AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES

Autorizo al órgano gestor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos:

	Documento	Administración Pública y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1				
2				
3				
4				
5				

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE

Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

☐ Presto mi **CONSENTIMIENTO** la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

☐ **NO CONSIENTO** y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

☐ Presto mi **CONSENTIMIENTO** la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

☐ **NO CONSIENTO** y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS SANITARIOS

Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

☐ Presto mi **CONSENTIMIENTO** la consulta de mis datos acreditativos del derecho a la asistencia sanitaria.

☐ **NO CONSIENTO** y aporto fotocopia autenticada de la documentación del derecho a asistencia sanitaria.

AUTORIZO, para la cesión y consulta de mis datos personales inscritos en el Registro a las personas investigadoras que realicen ensayos clínicos en Centros Sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

4 DATOS PERSONALES Y ESTADO DE SALUD DE LA PERSONA QUE PRESTA SU AUTORIZACIÓN

NÚMERO ÚNICO DE HISTORIA DE SALUD DE ANDALUCÍA NUHSA/ Nº Seguridad Social: .....

Voluntario sano: ☐ SÍ ☐ NO

En caso de voluntario con alguna patología, indique por favor: .....

Especialidad o Área Temática: .....

Patología: .....

Adjunta Informe Clínico: .....

5 PARTICIPACIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

¿Ha participado con anterioridad en algún ensayo clínico?: ☐ SÍ ☐ NO

¿En que fecha ha participado en el ensayo clínico?: .....

Patologías o áreas de conocimiento en la quiere colaborar:

.....

.....

.....

.....

Indique todas las categorías que le interesen:

.....

.....

.....

.....

Código CIE (clasificación internacional de enfermedades)

.....

.....

.....

.....

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

6 DECLARACIÓN, SOLICITUD, AUTORIZACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA** bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, **SOLICITA** la inscripción en el Registro Voluntario de personas interesadas en participar en ensayos clínicos en Andalucía y, de manera voluntaria, con plena capacidad jurídica y de obrar **AUTORIZA** a la Secretaría General competente en materia de investigación en salud para la recogida y la incorporación de mis datos en dicho Registro, manifestando que es libre de retirarse del Registro en cualquier momento, por cualquier razón y sin necesidad de justificación.

En ..... a ..... de ..... de .....

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: .....

ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN EN SALUD

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: | | | | | | | | | |

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias, cuya dirección es Avenida de la Innovación s/n, 41020, Sevilla.

b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es

c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la adecuada inscripción y consulta de información en el Registro Voluntario de personas interesadas en participar en ensayos clínicos en Andalucía, cuya base jurídica es la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos