**ANEXO 6.R**

**Declaratoria de Revocatoria del Consentimiento informado para el uso de datos personales y/o muestras biológicas humanas en investigaciones observacionales o de intervención en seres humanos CEISH-UCE**

**DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**Título de la investigación**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombres completos del sujeto/representante legal de (colocar los nombres completos del representado/a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), a pesar de haber aceptado inicialmente que **mis datos personales y/o muestras biológicas humanas** o los de **mi representado/a** sean utilizados en investigaciones **REVOCO** lo antes mencionado, y solicito que **mis datos personales y/o muestras biológicas humanas** o las de **mi representado/a,** así como la información obtenida de los mismo sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley **me corresponden** o **a los derechos** **de mi representado/a**.

Nombres completos del sujeto /representante legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía/ pasaporte del sujeto /representante legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma/huella digital del sujeto /representante legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y lugar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres completos del testigo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía del testigo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha y lugar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres completos del responsable de tomar este documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del responsable de tomar este documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y lugar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*----------------------------------------------------- -----------------------------------------*

*Nombres y apellidos del Investigador Firma física o electrónica del Investigador (obligatoria)*

*-----------------------------------*

*Cédula de ciudadanía o pasaporte Patrocinador*

Tomado de: Fuente, Formato. MSP DIS - MSP.

**Versión 2 CEISH-UCE 2022**