**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - DUPLICADO PARA O TRABALHADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição do estudo** | |
| Designação | Estudo de biomonitorização ocupacional relativo ao crómio e a outras substâncias químicas nocivas no quadro da HBM4EU |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identificação do participante** | | | |
| Nome |  | Telefone |  |
| Empresa |  | Correio eletrónico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Código do participante | |  | Rubrica |
| 1 | Li o folheto informativo «Informações para os trabalhadores participantes» fornecido. Tive oportunidade de analisar as informações, de colocar as questões que julguei necessárias e de obter respostas satisfatórias. | |  |
| 2 | Tomei conhecimento de que a minha participação é voluntária e de que posso desistir em qualquer altura, sem necessidade de justificação e sem prejuízo para os meus direitos assistenciais ou legais. A equipa de investigação mantém o direito, contudo, de utilizar quaisquer amostras colhidas antes da desistência, de forma confidencial. | |  |
| 3 | A/O [*especificar organização*] poderá entrar em contacto comigo durante o horário de trabalho para colher amostras e recolher informações pessoais depois de eu ter dado o meu consentimento para participar neste estudo. | |  |
| 4 | Autorizo a/o [*especificar organização*] a transferir as minhas amostras e/ou dados pessoais, de forma codificada para proteger a minha identidade, para laboratórios especializados a fim de analisar as substâncias químicas e os marcadores especificados no folheto informativo «Informações para os trabalhadores participantes». | |  |
| 5 | Autorizo a/o [*especificar organização*] a conservar as minhas amostras e dados pessoais num biobanco durante [*n.º de anos*] para futuros estudos de biomonitorização que receberam aprovação ética.  Fui informado de que a/o [*especificar organização*] pode entrar em contacto comigo no futuro relativamente à utilização das minhas amostras ou dados pessoais conservados. Os meus dados de contacto podem ser conservados exclusivamente para esta finalidade e não serão divulgados a terceiros. | |  |
| 6 | Autorizo a utilização de máquinas fotográficas pela/pelo [*especificar organização*] do seguinte modo:  □ **Não** desejo ser fotografado durante a visita de investigação.  □ Autorizo ser fotografado na condição de as fotografias serem desfocadas para proteger a minha identidade em quaisquer relatórios publicados. | |  |
| 7 | Tenho conhecimento de que não receberei qualquer contrapartida financeira pela participação neste estudo. | |  |
| 8 | Fui informado de que receberei informações sobre os meus resultados pessoais relativamente a crómio na urina. Essas informações ser-me-ão transmitidas por [*especificar para cada país*].  Além disso, quando o estudo estiver concluído, receberei o resumo dos resultados coletivos finais do estudo. Desejo receber o resumo por correio eletrónico/correio no seguinte endereço:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................. | ................................. | .................................................. |
| Nome do participante | Data | Assinatura do participante |

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Declaração do investigador/da pessoa que recolhe o consentimento**

Confirmo que foi dada ao participante a oportunidade de colocar questões sobre o estudo e todas as questões colocadas pelo participante foram respondidas corretamente e da melhor forma possível. Confirmo que o indivíduo não foi coagido a dar o seu consentimento e que o mesmo foi dado de forma livre e voluntária.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ....................................................... | ..................................... | ................................................... |
| Nome do investigador/  da pessoa que recolhe o consentimento | Data | Assinatura do investigador/  da pessoa que recolhe o consentimento |