



Curso 5º de Grado en Odontología
CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con

DNI _____, **autorizo** al estudiante _____

de 5º curso de Grado en Odontología de la Universidad Complutense de Madrid a incluir en su trabajo final de grado, en las publicaciones en Revistas Científicas y Eprints, con motivos académicos, los registros y pruebas médicas complementarias anonimizados realizados en el tratamiento del paciente durante el curso _____. En ningún caso, aparecerán datos personales del paciente y solo se utilizarán datos clínicos.

En Madrid, a de de

Firma

Mediante el presente documento se cumple con el deber de información legal estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal y con su firma otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba expuestos.