

Formulaire d'opposition à la réutilisation des données pour la recherche, les études et l'évaluation

Formulaire à renvoyer :

Soit par mail : dpo@chsf.fr

Soit par courrier : Délégué à la Protection des Données - Centre Hospitalier Sud Francilien
40, Av. Serge Dassault - 91106 Corbeil-Essonnes cedex

Je m'oppose pour moi-même *

Je soussigné(e), M ou Mme

Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Cochez les mentions utiles :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé pour la recherche, les études et l'évaluation

Je m'oppose à être recontacté(e) pour participer à une recherche

A :

Le/...../.....

Signature :

Je m'oppose pour un proche, un mineur, une personne protégée **

Je soussigné(e), M ou Mme

Nom usuel : Prénom :

Identité de la personne concernée

Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Je signe pour cette personne en qualité de :

Proche / personne de confiance Titulaire de l'autorité parentale Tuteur

Curateur Mandataire d'une personne faisant l'objet d'une protection judiciaire

Cochez les mentions utiles :

Je m'oppose à l'utilisation de ses données de santé pour la recherche, les études et l'évaluation

Je m'oppose à ce que cette personne soit recontactée pour participer à une recherche

A :

Le/...../.....

Signature :

* Joindre une photocopie d'une pièce d'identité officielle (carte d'identité recto-verso, passeport, permis de conduire).

** Joindre une photocopie de votre pièce d'identité et de celle du patient ainsi que le cas échéant d'une copie d'un justificatif de qualité de titulaire de tutelle, ou de la décision de protection judiciaire. Après vérification de votre identité et de votre qualité, les copies des documents seront détruites.