

**Formulaire d'opposition patient**

**à l'utilisation des données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins  
pour la recherche, les études et l'évaluation**

A l'intention du Représentant légal d'une personne majeure sous tutelle

Je soussigné(e), Mme, Mr :

Nom usuel : .....

Date :

Nom de naissance : .....

Signature représentant légal :

Prénom : .....

Date de naissance : .....

*Représentant légal en qualité de tuteur/tutrice du patient :*

Mme, Mr :

Nom usuel : .....

Date :

Nom de naissance : .....

Signature patient (si apte à

Prénom : .....

exprimer sa volonté) :

Date de naissance : .....

*Cocher les mentions utiles :*

- Opposition à l'utilisation, hors obligation légale, pour la recherche, les études et l'évaluation, des données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins au Centre Hospitalier de Bligny
- Opposition à être recontacté pour participation à un protocole de recherche pour le patient précédemment nommé.

Joindre une photocopie des pièces d'identité officielle<sup>1</sup> du patient et du tuteur (carte d'identité recto verso, passeport, titre de séjour) et une photocopie d'un justificatif de qualité de titulaire de tutelle

A adresser à : **Délégué à la Protection de Données (DPD)**

**Centre Hospitalier de Bligny**

**Rue de BLIGNY**

**91640 Briis-sous-Forges**

Ou par mail : **dpd@chbligny.fr**

*<sup>1</sup>La copie d'un titre d'identité est demandée afin de s'assurer de l'identité des personnes souhaitant exercer leur droit d'opposition conformément à l'article 92 du décret du 20 octobre 2005 pris pour application de la loi Informatique et Libertés, modifiée. Après vérification de votre identité la copie de votre pièce d'identité sera détruite.*