

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**

Je soussigné(e), Mme, Mr

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Cocher les mentions utiles :

- M'oppose, hors obligation légale, à l'utilisation, pour la recherche, les études et l'évaluation, de mes données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins au Centre Hospitalier de Bligny

- M'oppose à être recontacté pour participer à un protocole de recherche :

Date :/...../.....

Signature du patient:

Joindre une photocopie d'une pièce d'identité officielle ¹ (carte d'identité recto verso, passeport, titre de séjour).

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**

1/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.