**Vous souhaitez vous opposer ?**

* **Etape 1 : Complétez ce formulaire**

**Cas 1 : Je m’oppose pour moi‐même**

Je soussigné(e), Nom usuel : …………………………………………………………………………

Prénom : ………………………………………………………………

Date de naissance : ………./………/…………

Lieu de naissance : ………………….

M’oppose à l’utilisation de mes données de santé pour la recherche ……………...

A ……………………………………………… Date : ………./………/………….

Signature :

**OU Cas 2 : En tant que représentant, je m’oppose pour un proche, un mineur, une personne protégée**

Je soussigné(e), Nom usuel : …………………………………………………………………………..

Prénom : ………………………………………………………………

Identité de la personne pour laquelle je signe :

Nom usuel : ………………………………………………………..…………………

Nom de naissance : …………………………………………….………………………………………

Prénom :…………………………………………………………………………

Date de naissance : ………./………/…………

Lieu de naissance : ………………….………………….………………….………………….

Je signe pour cette personne en qualité de :

☐Témoin / tiers ☐Proche / personne de confiance ☐Tuteur ☐Curateur ☐Parent

M’oppose à l’utilisation de ses données de santé pour la recherche ……………..

A ……………………………………………… Date : ………./………/………….

Signature :

* **Etape 2 : Retournez ce formulaire complété dans un délai de 1 mois à :**

CH du Vinatier

Direction de la Recherche Clinique et de l’Innovation

95 Bd Pinel

69678 Bron

**Contacts pour toute question ou pour exercer un droit d’opposition, rectification, etc…:**

* **Médecin responsable comme indiqué dans la notice d’information.**
* **Délégué à la Protection des Données**

\_CIL@ch-le-vinatier.fr

Tél : 04 37 91 55 78