

Droits d'opposition

Vos droits :
Opposition à l'utilisation de vos données de soins à des fins de recherche, d'enseignement ou de publication scientifique dans le domaine de la santé



Document à remplir

DROIT D'OPPOSITION À L'UTILISATION DES DONNÉES DE SOINS À DES FINS DE RECHERCHE, D'ENSEIGNEMENT OU DE PUBLICATION SCIENTIFIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.

J'exerce mon droit d'opposition

- Pour moi-même
 Pour la personne pour laquelle j'agis comme représentant légal

Je soussigné(e) / L'opposition concerne

- M. Mme

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... à :

Adresse postale :

Email :@.....

Numéro d'Identification Personnel (NIP) ou Identifiant Permanent du Patient (IPP) (si représentant légal identifiant de la personne représentée) :

Veillez renseigner les informations vous concernant en tant que représentant légal.

Je soussigné(e) M. Mme

Nom de famille :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance :

Domicilié(e) à :

En application de l'article 21 du règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679).

M'oppose à ce que les données me concernant (ou concernant la personne pour laquelle j'agis comme représentant légal), recueillies dans le cadre de mes soins, fassent l'objet de traitements automatisés ayant pour finalité la recherche, l'enseignement ou la publication scientifique.

Étant entendu que cette opposition n'influencera en rien la qualité des soins qui me seront prodigués ou qui seront prodigués à la personne pour laquelle j'agis comme représentant légal.

- Je joins une copie de ma carte nationale d'identité ou passeport ou permis de conduire ou titre de séjour.

Fait à : Le : Signature :

Ce formulaire est à adresser au Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Hôpital :

- Par mail : dpo@for.paris
- Par voie postale : Hôpital Fondation Rothschild - M/Mme le Délégué à la Protection des Données (DPO) - Direction générale - 29, rue Manin - 75019 Paris