

# FORMULAIRE D'OPPOSITION À LA RÉUTILISATION DES DONNÉES POUR LA RECHERCHE, LES ÉTUDES ET L'ÉVALUATION

## > Formulaire à compléter

### Je m'oppose pour moi-même

Je soussigné(e), M  ou Mme  Nom usuel : .....

Nom de naissance : ..... Prénom  
: .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

E-mail : .....

Cochez les mentions utiles

- Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé pour la recherche et l'évaluation.  
 Je m'oppose à être recontacté(e) pour participer à une recherche.

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

Je soussigné(e), M  ou Mme

Nom usuel : ..... Prénom  
: .....

E-mail : .....

Identité de la personne concernée : Nom usuel : .....

Nom de naissance : ..... Prénom  
: .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance :  
: .....

Je signe pour cette personne en qualité de :

- Proche / personne de confiance  
 Mandataire d'une personne faisant l'objet d'une protection judiciaire  
 Titulaire de l'autorité parentale  
 Tuteur  Curateur

Cochez les mentions utiles :

- Je m'oppose à l'utilisation de ses données de santé pour la recherche et l'évaluation.  
 Je m'oppose à ce que cette personne soit recontacté(e) pour participer à une recherche.

### Dans les deux cas :

- Joindre une photocopie d'une pièce d'identité officielle (carte d'identité recto verso, passeport, permis de conduire).
  - Si vous êtes mandataire pour le compte d'une personne protégée, joindre une photocopie de votre pièce d'identité et de celle de la personne concernée ainsi qu'une copie de la décision de protection judiciaire.
- Après vérification de votre identité et de votre qualité, les copies des documents seront détruites.

A : .....

Date et signature :

dpo@ch-ajaccio.fr  
**ou**  
Délégué à la protection des données  
Direction Générale  
Centre Hospitalier d'Ajaccio  
Site du Stiletto  
20 090 AJACCIO