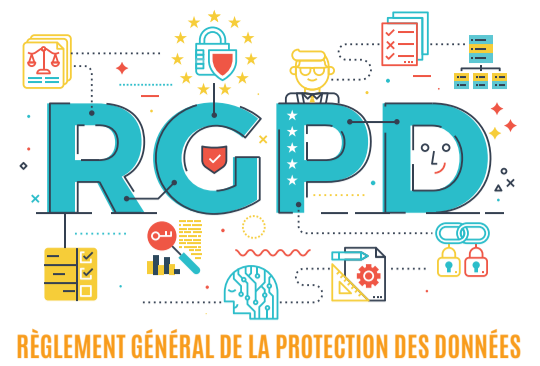


# FORMULAIRE DE REFUS

## VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL



NOM USUEL : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

PREMIER PRÉNOM : .....

SEXE :  M  F

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

LIEU DE NAISSANCE : .....

(code postal ou Pays de naissance pour les personnes nées à l'étranger)

### ■ REFUS D'EXPLOITATION DES DONNÉES PAR LA RECHERCHE

Je, soussigné(e), refuse que mes données puissent être utilisées dans le cadre de programmes de recherche bien que ceux-ci respectent toutes les obligations législatives assurant la protection de mes données.

Date :

Signature :

### ■ REFUS DE COMMUNICATION DES DONNÉES RELATIVES À MA SANTÉ À DES AYANT-DROITS

Je, soussigné(e), refuse que les données relatives à ma santé et contenues dans mon entier dossier médical soient transmises à mes ayant-droits après mon décès.

Date :

Signature :

### ■ REFUS DE L'UTILISATION ET LA CONSERVATION D'ÉCHANTILLONS BIOLOGIQUES PAR LA RECHERCHE

Je, soussigné(e), refuse l'utilisation et la conservation d'échantillons biologiques m'appartenant à des fins de recherche médicale et scientifique.

Date :

Signature :

 **À ADRESSER PAR COURRIER OU PAR MAIL**

- **Accompagné d'une copie de la pièce d'identité du patient**
- **Par courrier :** M. Le directeur du Centre Hospitalier Victor Jouselin, 44 avenue du Président Kennedy - 28102 DREUX Cedex
- **Par mail :** DPO@ch-dreux.fr