

FORMULAIRE D'OPPOSITION

Document à renvoyer au Médecin qui vous prend en charge au sein de notre établissement
ou
au Délégué à la Protection des Données : dpo@ch-annecygenevois.fr

Joindre impérativement une copie d'un justificatif d'identité (carte d'identité, passeport)

Je soussigné(e),

Civilité : Madame, Monsieur (*Rayer la mention inutile*)

Nom de naissance :

Nom Epouse :

Prénom(s) :

Né(e) le :

Lieu de naissance :

Domicilié à (adresse postale) :

Souhaite m'opposer à l'utilisation de mes données personnelles et médicales enregistrées à l'occasion de ma prise en charge habituelle, pour la recherche dans le domaine de la santé.

Etant entendu que cette opposition n'influencera en rien la qualité des soins qui me seront prodigués.

Date :

Signature :

Le Centre Hospitalier Annecy Genevois, en tant que responsable de traitement, est dans l'obligation de s'assurer de l'identité des personnes souhaitant exercer leur droit d'opposition. La copie d'un titre d'identité est ainsi requise. Après vérification de votre identité et prise en compte de votre demande d'opposition, la copie de votre carte d'identité, passeport, permis de conduire ou titre de séjour sera détruite. L'ensemble des informations sont nécessaire au traitement de votre demande d'exercice de droit. Le traitement de données personnelles qui est mis en œuvre a pour base légale le respect d'une obligation légale. Pour plus d'information sur vos droits (accès, rectification, effacement, limitation, opposition) et le traitement de données réalisé à cet effet, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des données du CHANGE : dpo@ch-annecygenevois.fr