

Formulaire d'opposition

Vous souhaitez vous opposer à la réutilisation des données/échantillons biologiques à des fins de recherche, de la personne dont vous êtes responsable.

Je soussigné(e),

Nom usuel :

Prénom :

Identité de la personne dont je suis responsable :

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : Mois Année

Lieu de naissance :

Je déclare une opposition pour cette personne en qualité de (cochez la mention utile) :

☐ Autorité parentale ☐ Tuteur ☐ Curateur

Echantillons biologiques (cochez la mention utile)

☐ M'oppose à l'utilisation de ses échantillons biologiques pour toute la recherche

☐ M'oppose à l'utilisation de ses échantillons biologiques pour la recherche intitulée :

.....

Données de santé (cochez la mention utile)

☐ M'oppose à l'utilisation de ses données de santé pour toute la recherche

☐ M'oppose à l'utilisation de ses données de santé pour la recherche intitulée :

.....

A

Date :/...../.....

Signature :

Nous vous remercions de nous transmettre le **formulaire complété** ainsi qu'un **justificatif d'identité** à l'adresse suivante : drci.opposition@chu-dijon.fr

Si vous nous contactez via une **adresse professionnelle du CHU Dijon Bourgogne**, il n'est pas nécessaire de nous transmettre de justificatif d'identité.