



## Formulaire d'opposition

Vous souhaitez vous opposer à la réutilisation de vos données/échantillons biologiques, à des fins de recherche.

### Je soussigné(e),

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : Mois ..... Année .....

Lieu de naissance : .....

### Je suis un agent du CHU Dijon Bourgogne, ma requête concerne :

mon statut d'agent : données d'identification, données et coordonnées professionnelles, numéro ADELI ou RPPS, présentes dans le dossier médical des patients que je suis.

mon statut de patient : données d'identification, données de santé, données personnelles, données sensible de votre dossier médical.

### Je suis un patient du CHU Dijon Bourgogne :

#### **Echantillons biologiques** (cochez la mention utile)

M'oppose à l'utilisation de mes échantillons biologiques pour toute la recherche.

M'oppose à l'utilisation de mes échantillons biologiques pour la recherche intitulée :  
.....

#### **Données de santé** (cochez la mention utile)

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

M'oppose à l'utilisation de mes 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](mailto: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.