

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

Formulaire à compléter :**

 **Je soussigné(e),**

 **Nom usuel : ...........................................................................................................................**

**Nom de naissance : ..............................................................................................................
Prénom:..................................................................................................................................
Date de naissance : MOIS :…………. ANNEE : ……………….**

**Lieu de naissance : ...............................................................................................................**

 **☐ M’oppose à l’utilisation de mes échantillons biologiques pour la recherche intitulée : .................................... ................................................................................................................**

**☐ M’oppose à l’utilisation de mes données de santé pour la recherche intitulée : .....................................................................................................................................................**

 **A ...................................................... Date : ........../........./.............
Signature :**

**Le formulaire complété est à renvoyer à recherche@chu-dijon.fr**



**Vous souhaitez vous opposer à la réutilisation de données/échantillons biologiques à des fins de recherche :**
En tant que représentant, je m’oppose pour un proche, un mineur, une personne protégée

**Je soussigné(e),**

**Nom usuel : ...........................................................................................................................**

**Prénom:..................................................................................................................................**

Identité de la personne que je représente :

**Nom usuel : ...........................................................................................................................**

**Nom de naissance : ..............................................................................................................
Prénom:..................................................................................................................................
Date de naissance : MOIS :…………. ANNEE : ……………….**

**Lieu de naissance : ...............................................................................................................**

Je signe pour cette personne en qualité de (Cocher les mentions utiles) :
☐Tuteur ☐Curateur ☐Autorité parentale
 **☐ M’oppose à l’utilisation de ses échantillons biologiques pour la recherche intitulée : .....................................................................................................................................................**

**☐ M’oppose à l’utilisation de ses données de santé pour la recherche intitulée : .....................................................................................................................................................**

**Le formulaire complété est à renvoyer à recherche@chu-dijon.fr**