

Formulaire de demande d'accès, de rectification ou d'effacement de données recueillies dans le cadre d'un protocole de recherche

1. INFORMATIONS GENERALES

Nom de la personne :

Référence du protocole de recherche :

Adresse :

Nom de l'investigateur qui vous a proposé de participer à la recherche (indiqué sur la notice d'information) :

.....

.....

N° de téléphone :

Pièces justificatives

Afin de garantir la confidentialité de vos informations personnelles, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir le document coché :

Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité

2. NATURE DE LA DEMANDE

Accès aux données recueillies dans le cadre du protocole de recherche

Avec les copies d'imagerie (si applicable)

Sans les copies d'imagerie

Rectification des données recueillies dans le cadre du protocole de recherche (joindre sur papier libre le détail des données à modifier)

Effacement : retrait de consentement, droit d'opposition à la participation à la recherche

Confidentialité des informations contenues dans le dossier de recherche :

Les informations contenues dans le dossier de recherche sont strictement confidentielles. Vous devez être attentif à ne pas les communiquer à une personne qui n'est pas autorisée à en prendre connaissance.

Formulaire à retourner au :
Délégué à la protection des données personnelles
Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis
Rue du Dr Schweitzer
17019 La Rochelle Cedex 1