



FORMULAIRE D'OPPOSITION

Titre du projet de recherche : _____

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Je soussigné(e) Madame/Monsieur _____ (nom et prénom) demande à faire valoir mon droit d'opposition à l'utilisation de mes échantillons biologiques et mes données à caractère personnel dans le cadre de cette recherche.

De ce fait, je refuse que des données de mon dossier médical soient recueillies et que ces données ou mes échantillons biologiques soient utilisés dans le cadre de ce projet de recherche.

Je joins une **copie de ma carte nationale d'identité** afin que mon identité puisse être vérifiée. Le CHU s'engage à détruire cette copie une fois les vérifications terminées.

Date : __/__/__

Signature :

Formulaire à renvoyer :

Soit par courriel à :

protection-donnees@chu-grenoble.fr

Soit par courrier à :

Le délégué à la protection des données

Direction du CHU Grenoble-Alpes,

CS 10217

38043 Grenoble CEDEX 9.