



**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](mailto: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](mailto:recherche@chu-dijon.fr)**