Dossier de CANDIDATURE
Nos bonnes pratiques en CVS !

FICHE C : Formulaire de consentement à l'utilisation des données

Prénom, nom, date et lieu de naissance, fonction :
.....
Etablissement : .....
Si vous êtes mineur ou sous mesure de protection, merci à votre représentant légal de remplir les champs suivants et de signer le document ;
Nom, prénom du représentant légal : .....
Date et lieu de naissance du représentant légal : .....
Lien (parent, tuteur) entre le représentant légal et le participant : .....

Vous acceptez de répondre à l'appel à participation **« CVS, Nos bonnes pratiques !»**, dans le cadre du projet « **faire vivre les droits des personnes accompagnées »**, et nous vous en remercions.

En renvoyant ce formulaire et les documents de participation que vous souhaitez y joindre, vous consentez à ce que vos données à caractère personnel fassent l'objet d'un traitement informatique, dont la finalité est d'organiser et de piloter le projet pendant toute sa durée, à savoir 15 mois à compter de la date de signature de ce formulaire.

Nous attirons votre attention sur l'importance de ne pas nous communiquer de documents (comptes-rendus de réunions, échanges avec des personnes accompagnées, etc.) contenant l'identité de personnes tierces n'ayant pas donné leur autorisation à la collecte de leurs données à caractère personnel. Afin de rendre les documents communiqués utilisables dans le cadre de ce projet, vous pouvez :

- **Les anonymiser** en effaçant toutes les informations permettant d'identifier des personnes
- Nous **fournir le consentement** des personnes identifiables, en utilisant le formulaire ci-dessous.

Vos données ont pour unique destinataire l'équipe organisatrice du projet (jury-CVS, comité de pilotage, équipe de l'URAASS ARA-France Assos santé Auvergne Rhône -Alpes. Leur durée de conservation est de 15 mois.

Conformément au Règlement européen sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès à vos données, ainsi que des droits de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et de portabilité. Vous pouvez exercer ces droits auprès du Délégué à la Protection des Données de France Assos Santé : dpo@france-assos-sante.org

Date :
Signature :

Formulaire à remplir par les tiers concernés

Consentement des personnes présentes dans les documents liés à l'appel à participation **« mon CVS, nos bonnes pratiques ! »**

Je soussigné.e ---------- accepte que les informations me concernant, contenues dans le document ---------- communiqué par .....(*nom de l'établissement*] à France Assos Santé Auvergne Rhône Alpes (URAASS ARA) dans le cadre de l'appel à participation « CVS, nos bonne pratiques ! » inscrit dans le projet « Faire Vivre les Droits des Personnes Accompagnées », fasse l'objet d'un traitement informatique, dont la finalité est d'organiser et de piloter le projet pendant toute sa durée.

Si vous êtes mineur ou sous mesure de protection, merci à votre représentant légal de remplir les champs suivants et de signer le document ;
Nom, prénom du représentant légal : .....
Date et lieu de naissance du représentant légal : .....
Lien (parent, tuteur) entre le représentant légal et le participant : .....

Je soussigné.e ----------, représentant légal de .....accepte que les informations le concernant, contenues dans le document ---------- communiqué par .....(*nom de l'établissement*] à France Assos Santé Auvergne Rhône Alpes (URAASS ARA) dans le cadre de l'appel à participation « CVS, nos bonne pratiques ! » inscrit dans le projet « Faire Vivre les Droits des Personnes Accompagnées », fasse l'objet d'un traitement informatique, dont la finalité est d'organiser et de piloter le projet pendant toute sa durée.

Vos données ont pour unique destinataire l'équipe organisatrice du projet (jury-CVS, comité de pilotage et l'équipe de France Assos Santé Auvergne Rhône-Alpes- URAASS ARA). Leur durée de conservation est de 15 mois

Conformément au Règlement européen sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès à vos données, ainsi que des droits de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et de portabilité. Vous pouvez exercer ces droits auprès du Délégué à la Protection des Données de France Assos Santé : dpo@france-assos-sante.org.

Date

Signature