

Recueil de consentement Interne : Utilisation des coordonnées mail

Dans le cadre de l'accueil des internes sur le territoire, nous souhaiterions récolter vos coordonnées pour cette nouvelle session (NOM, PRENOM, MAIL).

Ces informations sont conservées de façon sécurisée pour une durée de 12 mois.

Afin de respecter la réglementation en vigueur nous avons besoin de votre autorisation pour utiliser vos coordonnées :

Je soussigné Mme, M, autorise le **Centre Hospitalier d'Ardèche Nord** à utiliser mes coordonnées mail afin de m'inviter au pot d'accueil organisé par **Annonay Rhône Agglo.**

Date fait à :

Signature précédée de la mention « lu et approuvée »

Pour toute demande d'information complémentaire ou pour exercer vos droits informatiques et libertés vous pouvez vous adresser à notre délégué à la protection des données par écrit :

Délégués à la protection des données
Direction du système d'information
8, rue Bossuet , 42055 Saint-Etienne Cedex 2
Ou par mail à : rgpd-dpd@chu-st-etienne.fr

VOUS POUVEZ EXERCER VOS DROITS :

- DROIT D'INFORMATION : Vous voulez connaître les données et les détails sur l'utilisation de vos données
- DROIT DE MODIFICATION / RECTIFICATION : Vous voulez modifier une information erronée de vous concernant
- DROIT À L'EFFACEMENT / OUBLI : Vous voulez supprimer des données vous concernant en accord avec la législation.
- DROIT À L'OPPOSITION D'UN TRAITEMENT : Vous voulez vous opposer à l'utilisation de vos données dans la recherche clinique ou pour d'autre usage

Pour certains traitements, des obligations légales peuvent nous empêcher de répondre favorablement à votre demande

