| | | |
|---|---|---|
| | **FORMULAIRE AUTORISATION DE DIFFUSION DES DONNEES PERSONNELLES SUR LE LISTING DES BADGES DU CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU** | Code : CHH-FE-2021-016<br>Réf SEO : T01N04-02<br>Création : 08/11/2021<br>Version : 002<br>Date : 31/08/2026 |

Je soussigné(e) ……..

Qualité ……..

autorise les Instituts de formation à diffuser mes données personnelles, nom, prénom, numéro de badge, dans le cadre des stages effectués dans les unités de soins du Centre Hospitalier.

Je suis informé(e) que, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, et aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, je bénéficie, sous certaines conditions, d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement des informations qui me concernent ou encore du droit de m'opposer ou de limiter leur utilisation.

Le Centre Hospitalier de Haguenau est responsable du traitement de vos données nominatives à caractère personnel.
Il a procédé à la désignation d'un délégué à la protection des données (D.P.D).

Toute demande relative à l'exercice des droits susmentionnés doit donc lui être adressée :
**Mme Frédérique WOLF, Déléguée à la Protection des Données**
Centre Hospitalier de Haguenau
64, avenue du Professeur René Leriche BP 40 252
67 504 HAGUENAU Cedex

Le …… A ……..

Lu et approuvé

Signature

*Faire précéder la signature de la mention "Lu et Approuvé".