

Nom de naissance

Nom d'usage

Premier prénom de l'état civil

Né(e) le à

Genre Féminin Masculin Autre

Numéro de sécurité sociale

1 Je reconnais avoir reçu les informations concernant :

- La présentation de Prédice
- Les exigences de sécurité mises en œuvre dans le cadre de Prédice
- Les modalités me permettant d'exercer mes droits et notamment le retrait de mon consentement à tout moment.

2 Je confirme que les informations que j'ai reçues m'ont été transmises dans des termes clairs.

3 Je confirme que mon consentement est libre et que je ne suis soumis(e) à aucune contrainte.

4 J'ai compris que mon consentement était recueilli une seule fois soit sur le site www.predice.fr, soit par l'un des professionnels ou l'une des structures de la région qui me suit (cabinet de ville, hôpital ou structure médico-sociale)

En conséquence :



J'autorise les professionnels participant à ma prise en charge à recueillir et à partager sur Prédice mes données de santé strictement nécessaires à leur coordination, dans le respect de ma vie privée et du secret médical.



Je n'autorise pas les professionnels participant à ma prise en charge à recueillir et à partager sur Prédice mes données de santé.

Fait à

Le ... / ... / ...

Signature de la personne concernée :

Ou nom du représentant légal et signature :