

**IMPRIME D'ACCORD DE PUBLICATION DE DONNEES DANS L'ANNUAIRE
DES REPRESENTANTS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE / SITE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE**

Conformément à la loi Informatique et Libertés en date du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression concernant les données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en contactant l'agence régionale de santé.

*Les champs avec des * sont requis. Cocher à droite si vous êtes d'accord pour publier l'information*

Nom *	<input type="text"/>	Affichage obligatoire sur le site
Prénom *	<input type="text"/>	Affichage obligatoire sur le site
	Civilité : M / Mme	
Lieu de résidence :		
Code Postal	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Afficher sur le site
Ville	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Afficher sur le site
Téléphone public *	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Afficher sur le site <i>Il s'agit du n° de contact où l'on peut vous joindre, ou joindre la CRUQPC ou l'instance où vous siégez, ou l'association d'usagers que vous représentez</i>
Téléphone perso *	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Afficher sur le site <i>Ce champ reste obligatoire et à usage exclusif de l'ARS PACA si vous ne souhaitez pas qu'il soit publié sur le site</i>
E-mail perso *	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Afficher sur le site <i>Ce champ reste obligatoire et à usage exclusif de l'ARS PACA si vous ne souhaitez pas qu'il soit publié sur le site</i>
Association *	<input type="text"/>	Affichage obligatoire sur le site <i>Indiquer le nom de l'association d'usagers que vous représentez</i>
E-mail public*	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Afficher sur le site <i>Il s'agit de l'e-mail de l'établissement ou instance dans lequel vous siégez, ou celui de l'association que vous représentez</i>
Instances dans lesquelles vous siégez* :		
Commission des Usagers	<input type="checkbox"/> - Nom de l'établissement :	
CLIN	<input type="checkbox"/> CAL <input type="checkbox"/> - Nom de l'établissement :	
C Surveillance Etablissement de santé	<input type="checkbox"/> - Nom de l'établissement :	
COREVIH	<input type="checkbox"/> CPP <input type="checkbox"/> CRSA <input type="checkbox"/> C Surveillance ARS <input type="checkbox"/> CTS <input type="text"/>	Autre <input type="text"/>
J'apporte mon consentement éclairé à la mise en ligne de mes données personnelles (ensemble des champs pour lesquels j'ai coché la case "Afficher sur le site")		
<input type="checkbox"/> Signature	Fait à :	Le :