

**ATTESTATION**

* **Remise à la personne de la lettre d’informations préalables du DAC 92 centre,**
* **Recueil de son consentement**

**pour l’intervention du DAC 92 CENTRE**

Je soussigné(e), M/Mme\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Organisme partenaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En charge de la personne ci-dessous :

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_

**Atteste** :

[ ]  Avoir **informé** la personne concernée qu’une intervention du DAC 92 Centre est proposée afin d’améliorer la coordination de son parcours de santé.

[ ]  Que la personne concernée a **donné son consentement** oral pour la transmission de ses données au DAC 92 Centre

[ ]  Que le/la représentant.e légal.e de la personne concernée a **donné son consentement** oral pour la transmission de ses données au DAC 92 Centre

Date : ……………/……………/…………… Signature et/ou cachet :

**Attestation à nous retourner :**

- Par courrier à : DAC92Centre 14, avenue Charles de Gaulle 92150 Suresnes

- Par messagerie sécurisée : secretariat@dac92centre.mssante.fr