****

**Formulaire du recueil de consentement**

**pour les participants majeurs**

**(en 2 exemplaires)**

**«TITRE DE L’ETUDE»**

« Nom, Prénom », responsable de la recherche m’a proposé de participer à la recherche intitulée : «titre de l’étude»

J’ai pris connaissance du résumé m’expliquant l’étude mentionnée ci-dessus (voir au verso).

J’ai pu poser toutes les questions que je voulais, j’ai reçu des réponses claires et précises.

J’atteste que je suis affilié.e à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d’un tel régime.

J'ai noté que mes données sont traitées aux fins de [finalités], sont destinées à [les destinataires], le caractère facultatif du traitement et qu'elles seront conservées pendant [la durée de conservation].

J’accepte que soit effectuée une analyse des données à caractère personnel me concernant afin de réaliser l'étude définie ci-avant, en conformité avec la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés (traitement informatisé des données nominatives).

J’ai noté que je pourrai exercer mes droits (accès, rectification, opposition, effacement, limitation et portabilité) en m’adressant à M./Mme « nom du responsable de la recherche », [coordonnées postales ou électroniques].

J’ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d’étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m’ont été transmises, j’accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « titre de l’étude».

Paraphe

Mon consentement ne décharge pas le responsable de la recherche et le financeur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à................le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche Responsable de la recherche

Nom Prénoms : Nom Prénom :

Signature : Signature :

*(Précédée de la mention: Lu, compris et approuvé)*

En l’absence d’autonomie de lecture et d’écriture ou en situation de déficit cognitif entravant la compréhension de M. / Mme « Nom, Prénom », la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante du responsable de la recherche et du financeur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d’information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom "

Nom Prénoms :

Signature :

**Résumé de l’étude :**