

## Vaccination territoriale COVID Formulaire de consentement

Je soussigné.....  
Accepte que la CC Balcons du Dauphiné, représentée par son Président, collecte, enregistre et traite mes données à caractère personnel (nom-prénom-adresse-date de naissance-téléphone-mail le cas échéant) dans le cadre de la prise de rendez-vous pour la campagne vaccinale par les médecins référents du dispositif et/ou par les représentants des communes membres de la CC des Balcons du Dauphiné.

Vos informations personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire jusqu'à ce que l'opération suscitée ait été complétée et jusqu'à expiration des délais de recours en vigueur.

Vous disposez d'un droit d'accès à toutes les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de ce formulaire ou dans les documents remis. Vous disposez également d'un droit de retrait de votre consentement à tout moment, de rectification, d'opposition, de restitution et de suppression de vos données en faisant votre demande auprès du cabinet des Balcons du Dauphiné.

Vous pouvez contacter le Délégué à Protection des Données à : [dpo@novatek-consulting.com](mailto:dpo@novatek-consulting.com) toute information complémentaire ou réclamation. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.

Le .....

(Signature)

Lieu souhaité pour me faire vacciner :

PONT-DE-CHERUY

MONTALIEU

Merci de renseigner :

Votre date de naissance : ..... / ..... / .....

vos numéro de téléphone : .....

vos adresse : .....