



Programme de dépistage  
du cancer du sein

**PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN**  
**Consentement informé de la personne pour l'enregistrement**  
**et le traitement de ses données**

(Partie à remplir par la personne)

Nom (en majuscule s.v.p.): \_\_\_\_\_

Prénom (en majuscule s.v.p.): \_\_\_\_\_

Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS): \_\_\_\_\_

Je soussignée \_\_\_\_\_ certifie avoir été amplement informée quant aux objectifs du Programme de dépistage du cancer du sein en Région Wallonne et en Communauté germanophone. Je donne mon consentement pour l'enregistrement et le traitement de mes données à caractère personnel relatives à la santé recueillies dans ce cadre, à condition qu'elles soient utilisées uniquement à ces fins.

(La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel est d'application. Si vous souhaitez prendre connaissance des données vous concernant ou si vous souhaitez les faire rectifier vous pouvez vous adresser au *Centre Communautaire de référence* au 010 23 82 70.

Ce traitement de données à caractère personnel a par ailleurs fait l'objet d'une autorisation de la section santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, plus précisément par sa délibération n° 11/063 du 20 septembre 2011. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez contacter la Commission de la Protection de la Vie Privée, Rue Haute 139 à 1000 Bruxelles).

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « pour accord » :

.....