

**DECLARATION DE CONSENTEMENT AU DON DU CORPS A DES FINS D'ENSEIGNEMENT
MEDICAL ET DE RECHERCHE (document recto/verso)**

Madame, Monsieur,

Vous avez souhaité obtenir des informations relatives à la procédure de don du corps le : / /20

En adressant par voie postale la présente déclaration manuscrite signée de votre main (2 pages), vous reconnaissez avoir pris connaissance de l'intégralité du document d'information qui vous a été remis par le responsable de la structure d'accueil des corps et notamment des conditions d'utilisation des corps, des modalités de restitution de votre corps ou de vos cendres ainsi que des conditions d'utilisation de vos données à caractère personnel et leur destination.

Votre déclaration de don (mentions en gras à recopier dans leur intégralité dans le cadre à droite) :

Je soussigné(e), (*Nom d'usage ou marital, nom de naissance et prénoms en lettres majuscules*)

Né(e) le (*date de naissance*)
à (*lieu de naissance, département/pays*)

Déclare faire don de mon corps, à mon décès, à des fins d'enseignement médical et de recherche.
J'ai bien compris les informations qui m'ont été remises.

Fait à (*lieu*) **Le** (*jour/mois/année*)
Signature

Par ailleurs, vous avez la possibilité, sans que cela constitue pour moi une quelconque obligation, de porter à la connaissance du responsable de la structure des informations qui vous sembleraient utiles à la conduite des activités d'enseignement médical et de recherche.*

*(*Ces informations resteront strictement confidentielles et leur utilisation limitée aux finalités du traitement informatique)*

Fait à.....Le.....

Signature.....

Acceptation du don par l'établissement, date : / / - Numéro de carte : **37#**.....

Désignation de la structure d'accueil : **Centre de don du corps de Tours (Indre et Loire -37)**

Signature du responsable de la structure d'accueil (nom, prénom) : **Pr Christophe DESTRIEUX – Directeur du Centre**

Si vous renoncez au don de votre corps, merci de renvoyer votre carte de donneur et ce document avec la mention écrite de votre main suivie de votre signature : « **en date du / / : « je renonce à faire don de mon corps »** »

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	SOUHAITS DU DONNEUR
DONNEUR Nom, Prénom : Nom de jeune fille : Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre né(e) le :/...../..... à : Adresse : Code postal : Ville : Tél. : Courriel :@.....	DEVENIR DE MON CORPS (une case à cocher) A l'issue des activités de formation médicale et de recherche : ☐ Je souhaite que mon corps soit crématisé par la structure d'accueil des corps et que mes cendres soient dispersées ou déposées dans le lieu de sépulture réservé aux donateurs, sans restitution possible. ☐ Je souhaite que mon corps soit crématisé par la structure d'accueil des corps et que mes cendres soient remises à la personne référente que j'ai désignée, ou à défaut, un proche, qui pourvoira à ses frais à mes funérailles. ☐ Je souhaite, si la nature des travaux réalisés le permet, que mon corps soit remis à la personne référente que j'ai désignée ou, à défaut, un proche et qui pourvoira à ses frais à mes funérailles. ☐ Absence de volonté particulière.
PERSONNE REFERENTE (cocher obligatoirement une seule case) ☐ Je ne désigne pas de personne référente. ☐ Je désigne, avec son accord, la(les)personne(s) référente(s) ci-dessous : Nom : Prénom : Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre Adresse : Code postal : Ville : Tél. : Courriel@..... <u>Autre personne référente</u> (facultatif) : Nom : Prénom : Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre Adresse : Code postal : Ville : Tél. : Courriel :@.....	CEREMONIE Je souhaite que la personne référente ou mes proches soient prévenus de la date de la cérémonie organisée en hommage aux donateurs. ☐ oui ☐ non (cocher une case). J'accepte que mes nom et prénom soient lus ☐ oui ☐ non (cocher une case). INSCRIPTION MEMORIALE J'accepte que mes nom et prénom soient conservés par la structure d'accueil des corps à des fins strictement mémorielles (lecture, inscription) ☐ oui ☐ non (cocher une case). Fait à....., le..... Signature du donneur : MERCI DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT PAR ECRIT

Notice d'information relative à la collecte de données à caractère personnel

Document à compléter, signer et à retourner au :

Centre de don du corps - Faculté de Médecine - 10 Boulevard Tonnellé 37032 TOURS cedex

Les informations vous concernant recueillies dans ce dossier d'inscription au centre de don du corps sont **collectées et traitées par l'Université de Tours**, pour des **finalités de gestion des dons du corps à des fins d'enseignement médical et de recherche**.

Les établissements autorisés à recevoir des dons de corps à des fins d'enseignement médical et de recherche sont responsables du traitement des données à caractère personnel qui s'y rapportent (article R/ 1261-32 du code de la santé publique). Ce traitement, dont les conditions sont définies par l'arrêté du 11 juillet 2023 relatif au registre et au traitement de données à caractère personnel mis en œuvre par les établissements autorisés à accueillir des corps à des fins d'enseignement médical et de recherche, a pour donc pour base **l'obligation légale** (article 6, 1°, c du RGPD).

Ces données peuvent être **communiquées aux seuls destinataires suivants** : le responsable et les agents habilités du centre de don du corps ; l'opérateur funéraire qu'il mandate, les agents de l'autorité de tutelle chargés du contrôle de l'établissement autorisé ; et, pour vos choix relatifs aux opérations funéraires : votre personne référente, votre famille ou vos proches

Conformément à l'article 4 de l'arrêté du 11 juillet 2023, *relatif au registre et au traitement de données à caractère personnel*, ces données seront conservées au **maximum 5 ans à compter de la fin des opérations funéraires ou**, si l'Université de Tours n'était pas informée de votre décès, jusqu'à la date à laquelle vous atteindriez **l'âge théorique de 120 ans**. Ces données seraient supprimées immédiatement si vous renonciez au don du corps.

Les **droits** suivants vous sont reconnus sur vos données à caractère personnel : droit d'accès, droit de rectification, droit de limitation. Le droit à l'effacement et le droit d'opposition ne s'appliquent pas. Pour plus d'informations sur vos droits, vous pouvez consulter le site cnil.fr.

Pour exercer ces droits, ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'Université, en joignant un justificatif d'identité par courriel à dpo@univ-tours.fr ou par courrier à Université de Tours - Direction des affaires juridiques - 60, rue du plat d'étain - 37020 Tours

Pour plus d'informations sur les finalités et les modalités du traitement de vos données dans le cadre de ce don, vous pouvez consulter :

- L'arrêté du 11 juillet 2023 *relatif au registre et au traitement de données à caractère personnel* mis en œuvre par les établissements autorisés à accueillir des corps à des fins d'enseignement médical et de recherche ;
- La politique de protection des données à caractère personnel relative aux usagers de l'Université sur son site internet institutionnel.

Je reconnais avoir été informé des modalités du traitement de mes données à caractère personnel dans le cadre de mon don au centre du don du corps de l'Université de Tours.

Nom : Fait à....., le

Prénom : Signature :