



AUTORISATION

Donnée pour l'utilisation de mon image - A

Je soussigné(e) :

Mme M. Nom :

Prénom :

Mail :

N° de téléphone :

Adresse :

Autorise le Centre Hospitalier Le Vinatier à me photographier dans le cadre du projet décrit ci-dessous :

Projet photographique intitulé : Concours Photos
Mené par service – Communication
Date, lieu et calendrier du projet :
Description du projet : Pour incarner une ou plusieurs des quatre valeurs du Centre Hospitalier Le Vinatier (créativité, solidarité, sincérité et écoute), la cellule communication organise un concours photo. Pour cela, les équipes peuvent envoyer autant de clichés qu'il y a de valeurs. Les photos doivent être prises au Centre Hospitalier Le Vinatier, sur le site principal ou dans une structure extrahospitalière.

Autorise le Centre Hospitalier Le Vinatier à conserver les images défini(e)s ci-dessus, sur tous types de supports (papiers ou numériques) connus et à venir, et à les diffuser par tous moyens dans le cadre d'une exploitation à but exclusivement non commercial [cocher les cases pour donner votre accord] :

- Diffusion interne à l'établissement, y compris sur le site intranet de ce dernier ;**
Et notamment, dans le cadre du présent projet :
- Préciser le support et le public destinataire : usagers, professionnels de santé, étudiants du CHV, services...
- Diffusion auprès de partenaires professionnels extérieurs à l'établissement**
Et notamment, dans le cadre du présent projet :
- Préciser le type de partenaires : partenaires socioculturels, professionnels de santé extérieurs à l'établissement, autres établissements de santé, partenaires institutionnels...
- Diffusion accessible à tous publics dans le cadre d'événements et/ou de manifestations organisées par l'établissement ou par des tiers :**
Et notamment, dans le cadre du présent projet :

- Préciser les évènements et manifestations organisées par l'établissement ou les tiers exploitant les images captées

Diffusion accessible à tous publics sur le site internet du Vinatier, y compris les réseaux sociaux de l'établissement

Et notamment, dans le cadre du présent projet :

- A préciser

Cette autorisation est donnée pour une durée de : **5 ANS**.

Conformément aux règles applicables en la matière et notamment celles relatives au secret médical, le Centre Hospitalier Le Vinatier s'engage à ce que mon nom de famille ne soit en aucune manière associé ou communiqué à l'occasion de des diffusions visées par la présente autorisation.

Règlement sur la protection des données

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et réécrite par la loi du 20 juin 2018 n°2018-493, au Règlement Européen n°2016-679 et de la Directive n°2016/680 et du Règlement général sur la protection des données (RGPD n°2016/679 du 27 avril 2016), je suis informé(e) que je bénéficie d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concernent. Si je souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations, je peux m'adresser par email au service de protection des données du CH Le Vinatier : cil@ch-le-vinatier.fr.

Si cette démarche reste sans réponse dans un délai de 1 mois ou en cas de réponse insatisfaisante, je peux saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), <https://www.cnil.fr>

Je donne cette autorisation au Centre Hospitalier Le Vinatier à titre gratuit. Je ne recevrai donc aucune rémunération ou indemnité pour ce projet et les utilisations ultérieures qui en seront faites.

Fait à : BRON

Le :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :