

Formulaire d'autorisation de droit à l'image

Dans le cas de personne majeure autonome

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Résident(e) à l'EHPAD du Centre hospitalier de Montrichard,

Dans le cas de personne majeure sous tutelle

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....

Représentant (e) légal (e) de madame, monsieur

Nom :

Prénom :

Résident(e) à l'EHPAD du Centre hospitalier de Montrichard,

Détermine son autorisation donnée à l'établissement, représenté par sa directrice Madame Valérie Botte, à la prise de photographies / vidéos / enregistrement dans le cadre de :

Utilisations continues	Autorisation	
La sécurisation du circuit du médicament de l'insertion de ma photo d'identité, dans mon dossier patient informatisé (DPI)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Utilisations ponctuelles		
La Diffusion sur les réseaux-sociaux de l'établissement (Facebook)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
La Diffusion sur le site internet de l'établissement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
L'Exposition de photographies au sein de l'établissement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Au partage des photographies pour diffusion dans la presse et à la commune de Montrichard	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Aux reportages internes	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
L'Utilisation interne de l'établissement	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

J'autorise à l'établissement à conserver et utiliser ces documents pour une durée :

- 1 an
 jusqu'à la fin de mon séjour
 jusqu'à la fin et au-delà de mon séjour.

Conformément à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des libertés) les photographies et/ou les enregistrements de son ou de vidéo ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisés à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. Vous bénéficiez de la garantie RGPD qui permet le libre accès à vos données ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit de retrait, de limitation ou de rectification des photographies et/ou des enregistrements de son ou de vidéo.

Cette autorisation est révoquée à tout moment auprès de la direction de l'établissement. Les données sont conservées pour une période de 20 ans.

En cas de désaccord, vous pouvez saisir le référent CNIL : référent DPO GHT 41

Date :

Signature :

Exemplaire établissement – résident ou son représentant légal (barrer la mention inutile).

Modalités d'archivages :

Le formulaire original d'autorisation de droit à l'image doit être archivé et intégré au dossier administratif de la personne accompagnée.

Une copie du formulaire est également à insérer dans le dossier du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) de la personne accompagnée. Cette autorisation doit être réexaminée lors de chaque mise à jour du PAP.

Par ailleurs, le formulaire fera l'objet d'une numérisation et sera intégré au dossier patient informatisé (DPI) « Osiris ».

Demande d'autorisation de droit à l'image concernant une activité :

Afin de garantir le respect des droits et libertés des personnes accompagnées, le service animation veillera à faire signer la « Autorisation de droit à l'image liée à une activité » à toute personne participant à l'activité et acceptant d'être photographiée (cf. document page 3).