



**Selon les règles de la Commission de la protection de la vie privée, Ce document doit impérativement être joint au dossier.**

Je soussignée Mr/Mme.....(nom+prénom patient, de l'héritier ou du parent pour un enfant) donne l'autorisation à Mr/Mme.....(nom+prénom AS) de transmettre des informations médico-sociales et financières me concernant à la Fondation contre le Cancer dans le cadre d'une demande d'aide financière.

J'atteste avoir pris connaissance du fait que mes données seront utilisées uniquement dans le cadre de ma demande d'aide financière et seront supprimées 2 ans après la date de la demande, à l'exception des données anonymisées récoltées à des fins statistiques.