***Objet : formulaire de recueil d’accord à la diffusion des coordonnées des professionnels conventionnés pour réaliser des IVG médicamenteuses conformément à l’article 4 de la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l’avortement*.**

**Je soussigné(e) Madame, Monsieur, Docteur (Prénom et NOM) ……………………………………………**

**autorise l’Agence Régionale de Santé Corse** à publier mes nom, prénom et coordonnées professionnelles dans le répertoire recensant les professionnels de santé et les structures réalisant des interruptions volontaires de grossesse mentionnées à l’article L.2212-2 du code de la santé publique.

**Coordonnées du ou des lieux d’exercice : …………………………………………………………………….**

**Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….**

**Numéro de téléphone : ………………………………………………………………………………………….**

**N° RPPS : …………………………………………………………………………………………………………**

Ces données font l’objet d’un traitement mis en œuvre par les agences régionales de santé aux fins de constitution du répertoire recensant les professionnels de santé et structures pratiquant l’interruption volontaire de grossesse, tel que prévu à l’article L. 2212-3 du code de la santé publique.

Les données ainsi collectées seront communiquées au grand public et sont conservées durant toute la mise en œuvre de l’article L 2212-3 du code de la santé publique

Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également exercer vos droits d’accès à vos données, de rectification de vos données et de limitation du traitement de vos données, prévus respectivement aux articles 15,16 et 18 du règlement général sur la protection des données (RGPD), auprès du délégué à la protection des données de l’agence régionale de santé Corse, par voie électronique *ars-corse-com@ars.sante.fr*ou postale *(Agence régionale de Santé Corse, Quartier Saint-Joseph – CS 13 003 - 20 700 Ajaccio).*

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Fait à : ……………………………… Le : …./…./……

**Signature**