



Déclaration de consentement au traitement des données relatives à la santé

IMPORTANT : Veuillez lire attentivement la déclaration suivante avant de donner votre consentement. Ce consentement concerne le traitement des données relatives à la santé de la personne concernée dans le cadre de la demande soumise. La personne concernée peut être vous-même, votre enfant ou votre protégé.

1. Introduction

Par la présente, la personne soussignée donne volontairement et expressément son consentement au traitement des données relatives à la santé de la personne concernée conformément aux conditions et aux finalités définies dans la présente déclaration de consentement. Ce faisant, la personne soussignée déclare également qu'elle est autorisée à signer au nom de la personne concernée et à exercer ses droits.

2) Entité responsable

Le responsable du traitement de ces données relatives à la santé est la Stiftung Kinderhilfe Sternschnuppe, Weinbergstrasse 131, 8006 Zurich, Suisse (ci-après dénommée "la responsable").

3. Finalités du traitement

La personne soussignée consent à ce que les données relatives à la santé soient traitées aux fins suivantes :

- Collecte, stockage et gestion des données de santé pour l'examen et la réalisation de la demande.
- Transmettre les données relatives à la santé aux professionnels de la santé et aux institutions afin de déterminer si la demande souhaitée peut être satisfaite par le responsable du traitement.
- Respect des obligations et exigences légales auxquelles la responsable du traitement est soumis.

4) Type de données

Les données de santé à traiter peuvent comprendre, entre autres, des informations sur la santé, des diagnostics médicaux, des résultats d'examens, des traitements médicaux, des médicaments et d'autres informations pertinentes concernant la personne concernée.

5) Consentement volontaire

La personne soussignée déclare expressément que son consentement au traitement des données relatives à la santé de la personne concernée est donné librement et sans aucune contrainte et qu'il n'est pas donné contre la volonté de la personne concernée. La personne soussignée est consciente



du fait qu'elle ou la personne concernée a le droit de retirer son consentement à tout moment par écrit, sans que cela n'affecte la licéité du traitement effectué avant le retrait.

6) Durée de conservation

Les données relatives à la santé sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour les finalités susmentionnées et conformément aux obligations légales de conservation en vigueur.

7) Traitement d'autres données personnelles

Pour le traitement des données personnelles en dehors de la présente déclaration de consentement, nous renvoyons à notre déclaration générale de protection des données, qui est également disponible sur notre site web.

8. Date et signature

La personne soussignée confirme avoir lu et compris la présente déclaration de consentement. La signature et la date ci-dessous signifient que la personne concernée consent expressément au traitement de ses données de santé conformément aux conditions et aux finalités susmentionnées.

Date: _____

Signature: _____