

### Formulaire de consentement

Conception d'un dispositif microscopique innovant d'analyse de l'efficacité de candidats vaccins  
(BOC)

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (Nom et prénom), accepte librement et volontairement que mes données ou mes échantillons collectés dans le cadre du projet de recherche COSIPOP, dont le promoteur est l'Institut Pasteur\*, soient utilisés pour l'étude BOC dont le responsable de traitement est l'Institut BIOASTER\*\* et atteste que :**

- J'ai bien lu la fiche d'information de l'étude BOC,** le personnel de l'étude a répondu de façon satisfaisante à toutes mes questions, et j'ai bien compris les objectifs de l'étude.
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou non cette utilisation de mes données ou de mes échantillons pour cette étude** et que je peux refuser ou retirer mon consentement à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison.
- J'ai bien été informé(e) de la finalité, de l'utilisation et de la conservation des échantillons** biologiques par les équipes de recherche et leurs partenaires mentionnés dans le document d'information.
- J'ai compris que les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement** informatisé par l'Institut Pasteur ou par un tiers pour son compte.
- J'ai compris que je pourrai exercer mes droits auprès de l'Institut BIOASTER.

PARTICIPANT(E)	INVESTIGATEUR
Fait le : _____ Signature :	<b>J'atteste avoir remis à la personne concernée la note d'information, avoir expliqué les objectifs et les modalités de l'étude et avoir répondu aux questions et recueilli son consentement.</b>
	NOM : _____ Prénom : _____ Fait le : _____ Signature :
Code de participation à la demande* : 2023-034- ____ * A compléter par l'équipe investigation clinique	

**Pour toute question relative à vos droits ou pour retirer votre participation, vous pouvez contacter :  
Délégué à la Protection des données (DPO) de l'Institut BIOASTER : [privacy@bioaster.org](mailto:privacy@bioaster.org).**

*L'original de ce formulaire sera conservé par l'investigation clinique. Il vous est demandé d'en conserver la copie.*

\* Coordonnées : 25-28 rue du Docteur Roux - 75015 Paris - +33 1 45 68 80 00

\*\* Coordonnées : 28 rue du Docteur Roux - 75015 Paris - +33 1 45 68 80 00