

Formulaire de consentement

Rôle des cellules immunitaires dénommées "Natural Killer"
au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
(HICONK)

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 HICONK dont le responsable de traitement est l'Institut Pasteur* et atteste que :

- **J'ai bien lu la fiche d'information de cette étude**, 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 et de mes échantillons pour cette étude, notamment pour la réalisation de l'analyse de mes caractéristiques génétiques.** 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 Pasteur.

PARTICIPANT(E)	MEMBRE DU PERSONNEL HABILITE
Fait le : _____ Signature :	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.
	NOM : _____ Prénom : _____ Fait le : _____ Signature :
Code de participation à la demande* : 2024-050- __ __ __ * A compléter par le membre du personnel habilité	

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 Pasteur : dpo@pasteur.fr

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