

FORMULAIRE

de consentement du tiers donneur à la communication de son identité et de ses données non identifiantes aux personnes majeures nées de son don

(Article R2143-4 du code de la santé publique et arrêté du 29 août 2022)

IMPORTANT – AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE NOUS VOUS DEMANDONS DE LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE D'ACCOMPAGNEMENT

Cette notice est disponible sur internet ([accès-origines-amp.sante.gouv.fr](https://www.acces-origines-amp.sante.gouv.fr)) et aussi, sur demande, par voie postale, auprès de la Commission d'accès des personnes nées d'une assistance médicale à la procréation aux données des tiers donneurs (CAPADD) dont l'adresse est :

Ministère de la santé - DGS/CAPADD - 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

✓ Civilité : Madame / Monsieur

✓ Votre nom de naissance :

✓ Votre nom marital ou d'usage :

(Cette information facultative peut être utilisée afin de faciliter la correspondance par courrier postal)

✓ Vos prénoms :

✓ Sexe : Féminin / Masculin

✓ Votre adresse :

Code postal :

Commune :

✓ Vos date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Jour-Mois-Année)

À : (Ville et pays)

✓ Votre numéro de téléphone et/ou adresse électronique :

(Cette information facultative peut être utilisée en cas de difficulté sur l'adresse postale initialement communiquée)

Je soussigné (e) _____

consens à la communication de mon identité et de mes données non identifiantes, mentionnées au I de l'article L. 2143-3 du code de la santé publique, aux personnes nées de mes dons qui en font la demande sur le fondement de l'article L. 2143-2 de ce code, ainsi qu'à la transmission de ces données par le centre de don au Registre des dons de gamètes et d'embryons tenu par l'Agence de la biomédecine conformément à l'article L. 2143-4 du même code.

Fait le _____ à _____

Signature :

Joindre obligatoirement une photocopie lisible recto-verso d'un document d'identité (cf. Notice)