



Je soussigné Monsieur, Madame

Atteste avoir été informé(e) que le Service de Médecine Préventive du CDG 10 peut avoir à recourir, pour l'exercice de ses missions, à des pratiques médicales à distance utilisant des technologies de l'information et de la communication (comme la consultation téléphonique et la vidéo consultation), **téléphone portable requis.**

Je donne par la présente mon consentement à l'utilisation de ces techniques dans le respect de la confidentialité de mon dossier médical.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature