



**INSTITUT DE FORMATION  
DES CADRES DE SANTE**

**Cochez la mention que vous choisissez**

Je soussigné(e), (Nom, Prénom en MAJUSCULES)

- .....
- autorise** le service organisateur de l'épreuve de sélection de l'institut de formation des cadres de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, à **publier mes noms, prénoms et établissement d'exercice** sur internet, dans le cadre de la diffusion des résultats.
- n'autorise pas** le service organisateur de l'épreuve de sélection de l'institut de formation des cadres de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, à **publier mes noms, prénoms et établissement d'exercice** sur internet, dans le cadre de la diffusion des résultats.

A ..... le .....

Signature

**Aucun résultat ne sera donné par téléphone**

L'IFCS du CHU de LILLE :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et à l'organisation de l'épreuve à l'IFCS. Les destinataires des données sont : le secrétariat et la direction de l'IFCS, l'ARS et la DREETS du Nord Pas de Calais, les membres du jury, les candidats et les employeurs.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à Madame la Directrice de l'IFCS du CHU de LILLE, CS 70001, 59037 LILLE CEDEX.