



## ***Ecole d'Infirmiers anesthésistes***

***Cochez la mention que vous choisissez***

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

- .....
- autorise** le service organisateur des épreuves d'admissibilité et d'admission à l'école d'Infirmiers Anesthésistes 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 de l'admissibilité et de l'admission au concours.
- n'autorise pas** le service organisateur des épreuves d'admissibilité et d'admission à l'école d'Infirmiers Anesthésistes 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 de l'admissibilité et de l'admission au concours.

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

Signature

**Aucun résultat ne sera donné par téléphone**

Ecole d'IADE du CHU de LILLE :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et à l'organisation des épreuves d'admission à l'école d'IADE. Les destinataires des données sont : le secrétariat et la direction de l'école d'IADE, 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'école d'IADE du CHU de LILLE, CS 70001, 59037 LILLE CEDEX.