



APF, Région Pays de La Loire

Nous vous proposons cet outil d'aide à la préparation de votre témoignage, mais nous vous remercions de bien vouloir saisir les données en ligne.

**En postant votre témoignage vous contribuez à faire entendre la parole des usagers du système de santé dans la région des Pays de la Loire. Nous vous remercions.**

Nous vous rappelons que celui-ci pourra être publié sous forme d'article dans le blog, **de façon anonyme**, et après validation par l'équipe du Blog Santé APF Pays de La Loire. Celle-ci veillera à ce que l'article ne présente ni caractère diffamatoire, ni propos abusifs. L'anonymat concernera autant la personne qui poste son témoignage que le lieu même où ont été rencontrées les difficultés.

**Témoignage :**

**Type de Lieu :** .....

**Ville :** .....

**Département :** .....

**Mois / Année de l'évènement :** .....

**Ce que vous souhaitez rapporter :**

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

Mail : .....

**L'ensemble des champs doit être obligatoirement renseigné. Sans ces informations, votre témoignage ne pourra pas être pris en compte.**

Votre identité n'apparaîtra en aucun cas sur le blog.

Aucune communication de votre téléphone et adresse mail ne sera faite à qui que ce soit.

Les informations recueillies à l'aide de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à repérer ce qui fait obstacle à la santé dans la région des Pays de Loire (accès aux professionnels de santé, accès aux soins, accès à la prévention, accès aux établissements médico-sociaux, etc). Les destinataires des données sont les représentants régionaux de l'Association des Paralysés de France.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à APF – Bureau Régional – Rue de la Buissonnière, 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**Si nous obtenons un nombre important de témoignages, nous pourrions être amenés à poursuivre le projet par une étude sur le renoncement aux soins dans la région. Accepteriez-vous d'être contacté pour approfondir certaines questions liées à votre témoignage ? (merci de cocher votre choix)**

1  oui      2  Non