

## **AUTORISATION DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e) Mr / Mme \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_  
, demeurant \_\_\_\_\_

Autorise le Dr ASSOULINE-VITALE Shoshana à me photographier en consultation et au bloc opératoire et à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies ou vidéos me représentant à compter du 22/08/2024 ainsi qu'à exploiter ces documents, en partie ou en totalité, à des fins de communication, d'enseignement et de recherche scientifique.

Les photographies et vidéos susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :

- Publication dans une revue, ouvrage ou journal scientifique
- Présentation lors d'évènements à caractère scientifique
- Diffusion sur internet à visée d'enseignement
- Diffusion sur le site internet du chirurgien et sur ses réseaux sociaux

**Je souhaite que le praticien réalise sur les photographies un floutage des yeux :**

**OUI / NON**

*(ENTOURER VOTRE CHOIX)*

Ce floutage n'est pas réalisable pour les interventions concernant les paupières.

Le Dr ASSOULINE VITALE Shoshana s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du patient, et d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes. Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom. Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

**LU et APPROUVE mention manuscrite:**

**Signature du patient :**  
**praticien:**

**Signature du**

Dr ASSOULINE-VITALE Shoshana

