

|                                                                                   |                                                                                                                 |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>CENTRE HOSPITALIER<br/>DE SAINT-QUENTIN</b>                                                                  | <b>Version A</b>         |
|                                                                                   | <b>DISPOSITIF DE SIGNALEMENT</b><br><br><b>Formulaire individuel de recueil<br/>d'ATTESTATION de TEMOIGNAGE</b> | <b>Date : 26/09/2025</b> |

Je soussigné(e) : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM de naissance : .....

NOM d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Fonction / Service : .....

➤ **Certifie avoir été témoin des actes signalés par :**

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM de naissance : .....

NOM d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Fonction / Service : .....

➤ **Dans les circonstances précises suivantes :** .....

.....  
.....  
.....  
.....

☐ **J'autorise** la communication de mes données personnelles et des informations précitées uniquement aux membres de la « Cellule de Signalement », dans le cadre du traitement des faits déclarés.

☐ **J'autorise** la communication de mes données personnelles et des informations précitées à l'ensemble des acteurs mobilisés durant toute la période de traitement des faits déclarés.

Fait à : ....., le | | | | |

**SIGNATURE du témoin :**