



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DOSSIER CONSERVATOIRE RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), (NOM/ PRÉNOM) _____

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) _____

Certifie avoir été informé(e)

- par (identité et fonction) _____

- exerçant au sein du service _____

- de l'établissement de santé de _____

- des finalités médico-légales de la procédure conservatoire à laquelle je consens,

- et autorise le médecin légiste à pratiquer sur ma personne :

Un examen médico-légal avec éventuellement prise de clichés photographiques

Des prélèvements en vue d'éventuelles analyses de biologie moléculaire et/ou de toxicologie.

J'ai connaissance que les prélèvements (biologie moléculaire et la toxicologie) sont conservés par l'établissement de santé et ne pourront être transmis que dans le cadre d'une réquisition judiciaire.

J'ai compris que ces actes conservatoires me permettent de bénéficier d'un temps de réflexion pour pouvoir formaliser une plainte ou consentir à un signalement sur les faits que j'ai décrits.

J'ai compris qu'à défaut de plainte formalisée de ma part dans le délai de trois ans, les prélèvements seront détruits.

Fait à _____

le _____

Signature

Original conservé dans le dossier

Copie remise à la victime