

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES VULNERABLES

DEMANDE⁽¹⁾

Je soussigné(e)

NOM: PRENOMS:

NÉ(E) LE: à:

ADRESSE:

.....

TELEPHONE:

sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres :

en qualité de personne âgée de 65 ans et plus⁽²⁾

en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail⁽²⁾

en qualité de personne en situation de handicap⁽²⁾

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part auprès du Centre Communal d'Action Sociale de Pont-du-Château.

ENVIRONNEMENT DU DEMANDEUR⁽³⁾

Je déclare bénéficiaire de l'intervention⁽²⁾

d'un médecin traitant :

d'un service d'aide à domicile

Intitulé du service:

Adresse/téléphone:

.....

Fréquence des interventions :

(1) Les réponses à cette rubrique permettant l'identification à enregistrer sont obligatoires.

(2) Cocher la case correspondant à la situation décrite

(3) Les réponses à cette rubrique sont facultatives

d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service:

Adresse/téléphone:

.....

Fréquence des interventions :

d'un autre service

Intitulé du service:

Adresse/téléphone:

.....

Fréquence des interventions :

d'aucun service à domicile.

| |
|---------------------------------------|
| EN CAS D'URGENCE⁽³⁾ |
|---------------------------------------|

Personne(s) de mon entourage à prévenir en cas d'urgence

| NOM/Prénoms | Lien de parenté | ADRESSE | téléphone |
|-------------|-----------------|---------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au Centre Communal d'Action Sociale toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à, le/...../2020

Signature

| |
|--|
| CETTE DEMANDE DOIT ETRE ADRESSEE AU : |
|--|

| |
|---|
| Centre Communal d'Action Sociale Service Action Sociale Place de l'Hôtel de Ville – CS 90002 63430 – PONT DU CHÂTEAU |
|---|

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés et le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données) s'appliquent aux données recueillies dans le cadre de ce formulaire et garantissent un droit d'accès et de rectification, un droit d'opposition pour des motifs légitimes, un droit à la limitation du traitement et un droit de réclamation des informations vous concernant auprès de la CNIL et du Délégué à la Protection des Données : cnil@clermontmetropole.eu

(1) Les réponses à cette rubrique permettant l'identification à enregistrer sont obligatoires.

(2) Cocher la case correspondant à la situation décrite

(3) Les réponses à cette rubrique sont facultatives