Mairie d'Éguilles

Centre **C**ommunal d'**A**ction **S**ociale

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Article L.121-6-1 du code de l'Action sociale et des familles

PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

Nom : …… Prénom (s) : ……..

Nom de Jeune fille : ……

Date de naissance : / / Sexe : □Masculin □Féminin

Vous vivez : □seul(e) □en couple □avec un proche

Adresse complète : ……

Téléphone Fixe : …… Téléphone Portable : ……..

Email (facultatif) :

Date de la demande d'inscription : ……..

Nom et prénom du demandeur (préciser le lien de parenté) : ……

Qualité de la personne à inscrire :

□ Personne âgée de 65 ans et plus
□ Personne âgée de 60 ans et reconnue inapte au travail
□ Personne adulte handicapée

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

	1ère personne	2ème personne
Nom, Prénom		
Adresse		
Téléphone :		
E-mail		
Lien avec le bénéficiaire		

CCAS d'EGUILLES Place Gabriel Payeur 13510 EGUILLES
Mail : ccas@mairie-eguilles.fr
Tél : 04 42 92 33 58

Mairie d'Éguilles

Centre **C**ommunal d'**A**ction **S**ociale

COORDONNÉES DES INTERVENANTS À DOMICILE

Médecin traitant : NOM……..Téléphone :……..

Infirmières : NOM……..Téléphone :……..
Fréquence des passages de l'infirmier (e) : 3/7 jours 5/7jours 7/7 jours

Aide à domicile : Nom/Organisme : ……Téléphone : ……..
Fréquence des passages de l'aide à domicile : 3/7 jours 5/7jours 7/7 jours

Portage de repas : Nom/Organisme : ……Téléphone :……..

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la demande.
Je suis informée :

- qu'il m'appartient de signaler au CCAS toute modification concernant ces informations, afin de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement d'un plan d'alerte.
- que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part.

FORMULAIRE A RETOURNER DUMENT REMPLIE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIEL A :

CCAS d'EGUILLES Place Gabriel Payeur 13510 EGUILLES

Ou par mail à :
ccas@mairie-eguilles.fr

Mention d'Information relative à la protection des données.

Les informations recueillis sur ce formulaire sont utilisées exclusivement par le personnel habilité du CCAS d'EGUILLES. La base légale de ce traitement repose sur votre consentement. Celles-ci sont collectées dans le cadre d'un plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.
Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi informa tique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification de ces données à caractère personnel. Vous disposez également d'un droit à l'effacement, à la portabilité de vos données, d'opposition au traitement et de retirer votre consentement à tout moment.
En soumettant cette inscription, j'accepte que mes données à caractère personnel soient traitées par le CCAS d'EGUILLES pour mon inscription au registre des personnes vulnérables.

Fait à EGUILLES, le ……
Signature du bénéficiaire ou du tiers :

CCAS d'EGUILLES Place Gabriel Payeur 13510 EGUILLES
Mail : ccas@mairie-eguilles.fr
Tél : 04 42 92 33 58