



FORMULAIRE INSCRIPTION

PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE - PERSONNES VULNERABLES

Les informations recueillies par le biais de ce formulaire sont enregistrées et informatisées par la Mairie d'Aubry du Hainaut afin de tenir le registre des personnes vulnérables dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence conformément à l'article L121-6-1 du Code de l'action sociale et des familles.

La base légale de ce traitement est le respect des obligations légales, prévues dans le code de l'action sociale et des familles, sur le plan d'alerte et d'urgence. Exceptionnellement, notamment en cas d'épidémie, les données collectées peuvent servir pour l'exécution de motifs important d'intérêt public notamment pour accompagner les personnes fragiles. Seules les personnes nommément désignées par le Maire sont habilitées pour accéder aux informations inscrites dans le registre nominatif et sont soumises au secret professionnel. Le département, la sous-préfecture et tout autre service chargé de l'organisation et de la coordination des interventions à domicile peuvent avoir communication des informations contenues dans le registre nominatif. Vous serez radié du registre en cas de demande, de changement de commune de résidence ou de décès.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits, ou pour toutes questions sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le secrétariat de la Mairie. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Personne bénéficiaire :

Mme / Mr (rayer la mention inutile)

Nom: _____

Prénom(s): _____

Date de naissance : ___/___/_____

Adresse postale : _____

Tél : ___/___/___/___/___

Qualité (merci de cocher la case correspondante) :

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Personne âgée de plus de 60 ans, reconnu inapte au travail
- Personne adulte handicapée



Coordonnées de l'organisme / de la personne intervenant régulièrement le cas échéant (nom, adresse, téléphone, titre) :

Personne à prévenir (facultatif) :

Nom: -----

Prénom(s): -----

Tél : ___/___/___/___/___ Lien avec le bénéficiaire : -----

Le cas échéant, tierce personne ayant effectué la demande :

Nom: -----

Prénom(s): -----

Lien avec le bénéficiaire : -----

Fait à : _____ Le : / / .

Signature de la personne bénéficiaire / ou de la tierce personne effectuant la demande :

<p>Formulaire à adresser à la</p> <p>Mairie d'Aubry du Hainaut 49, rue Henri Maurice 59494 Aubry du hainaut 03 27 28 13 81 mairie.aubryduhainaut@wanadoo.fr</p>
--