

CERTIFICAT MEDICAL

Demande d'informations particulières pour la prestation de repas à domicile par le C.C.A.S. d'Asnières-sur-Oise

Je soussigné (e), Docteur Tél. :.....

Certifie que :

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

Adresse :

Présente une perte d'autonomie invalidant ses capacités à se déplacer ou à préparer ses repas à son domicile :

perte d'autonomie physique

perte d'autonomie psychique

mobilité partielle

immobilité

Pour une durée prévue de :

Date : Signature et cachet :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées par le CCAS d'Asnières-sur-Oise afin de gérer votre demande de portage de repas. Elles sont collectées par le CCAS et sont destinées à ses seuls services. Elles sont conservées pendant 10 ans. La base juridique du traitement est le contrat.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679), vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, d'effacement au terme des délais de conservation ou de limitation en contactant le Délégué à la protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à dpd@cigversailles.fr. 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.