



## Prise en charge sanitaire et sociale

	NOM	TÉLÉPHONE	FRÉQUENCE
Médecin traitant			
Infirmière ou soins à domicile réguliers			
Portage repas à domicile			
Service aide à domicile			
Télé-assistance			
Assistante sociale / Représentant légal			

### Si la demande d'inscription est formulée par un tiers

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... agissant en qualité de : .....

La Mairie de Boulazac Isle Manoire traite les données recueillies pour la mise en place d'un registre communal des personnes fragiles isolées. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données entré en vigueur le 25/05/2018 et à la Loi Informatique et Libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Vous disposez aussi, sous réserve des limitations prévues par les textes, d'un droit à l'effacement, d'un droit d'opposition ainsi que d'un droit à la portabilité de vos données.

Enfin, vous disposez d'un droit de retirer à tout moment votre consentement lorsque le traitement repose sur celui-ci, en vous adressant à la Mairie de Boulazac Isle Manoire à l'adresse suivante : Espace Agora 24750 Boulazac Isle Manoire.

Vous pouvez exercer vos droits sur vos propres données et celles des enfants mineurs dont vous êtes responsable, en remplissant le formulaire dédié auprès de la Mairie de Boulazac Isle Manoire ou en contactant le délégué à la protection des données, aux coordonnées ci-dessous, en précisant, lors de votre demande, le nom de la structure auprès de laquelle vous exercez vos droits : ATD 24, 2 place Hoche, 24000 PERIGUEUX ou [dpd.mutualise@atd24.fr](mailto:dpd.mutualise@atd24.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.

### **L'inscription à ce registre n'est pas obligatoire, il s'agit d'une démarche volontaire.**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande, et :

- Autorise le CCAS à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes vulnérables à contacter.
- S'engage à répondre aux appels téléphoniques des agents municipaux dans le cadre du dispositif de prévention.
- Engage à informer le CCAS si je dois m'absenter de mon domicile (hospitalisation lorsque cela est possible, départ en famille, long voyage, déménagement...) afin d'éviter la mise en œuvre d'actions en cas de non réponse téléphonique.

Fait à ....., le .....

Signature :