

Modèle de consentement

Pour que votre situation soit présentée en Cellule PDP de l'ACST, merci de **compléter et signer** le consentement ci-dessous.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

Déclare :

Donner son accord au traitement de son dossier par la cellule de prévention et de désinsertion professionnelle de l'ACST.

Composée de :

- Trois médecins du travail
- Une infirmière de santé au travail
- Un ergonome
- Une assistante médicale
- Une responsable CAP EMPLOI
- Une assistante sociale de la CARSAT
- Une assistante sociale d'Alsace Service missionnée par l'ACST
- Un conseiller en évolution professionnelle [CEP] du CIBC 54 ou 88

Être informé.e de l'existence de traitements informatisés sécurisés ses données à caractère personnel, y compris de données dites "sensibles" au sens de l'article 9 du Règlement UE n° 2016/679 [RGPD].

Être informé.e du droit d'accès, de rectification, de limitation, et d'opposition en cas de motif légitime dans les conditions des articles 15 à 21 du RGPD.

DATE : / /

SIGNATURE :