



DROIT D'UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Né(e) le ___ / ___ / _____ à

Demeurant :

Code postal : Ville :

Donne par la présente l'autorisation à l'IRFSS Nouvelle Aquitaine de communiquer mes données personnelles (numéro de Sécurité Sociale, adresse, téléphone et courriel) aux établissements m'accueillant en stage.

Cette autorisation, consentie à titre gratuit, est valable sans limitation de durée.

Ces informations font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et pédagogique et sont à l'usage exclusif de la Croix-Rouge française.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat de l'IRFSS 05 87 75 32 00.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »

Le _____ à _____

Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

