

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LES PRESTATAIRES DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE RÉFÉRÉS AUX MÉCANISMES D'ACCÈS ADULTES

IDENTIFICATION DE L'USAGER

N° de dossier de l'utilisateur au CRD Le Virage **P-** _____

Nom / prénom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
(année) (mois) (jour)

Âge : _____ ans

N° de dossier de l'utilisateur au Centre local d'emploi (CLE) _____

COORDONNÉES DU CLE DE LA RÉGION DE L'USAGER

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

N° de téléphone : _____ - _____, poste _____

Nom / prénom de l'agent responsable du dossier de l'utilisateur : _____

AUTORISATION D'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS

J'autorise, par la présente, le CLE de ma région et / ou l'agent responsable de mon dossier au CLE, à communiquer à la ressource où j'effectuerai ma démarche interne des informations concernant mon éligibilité aux prestations de la solidarité sociale ainsi que les dates prévues de mon séjour.

CETTE AUTORISATION EST VALABLE POUR QUATRE-VINGT-DIX (90) JOURS.
Je suis informé(e) que je peux modifier ou annuler en tout temps cette autorisation.

Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal

Date: _____ / _____ / _____
(année) (mois) (jour)

Témoin à la signature

Date: _____ / _____ / _____
(année) (mois) (jour)