

DOSSIER REMIS LE :

DOSSIER TRAITE LE :

**AUTORISATION DE PARTAGE DES DONNEES ENTRE LA CAISSE D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE NORMANDIE ET LA VILLE DE PETIT-COURONNE**

Je soussigné/e Madame Monsieur

Demeurant.....

Né/e le/...../..... à *Fournir une pièce d'identité ou un permis de séjour*

N° Allocataire CAF ou MSA *Fournir l'attestation de quotient*

N° Fiscal *Fournir l'avis d'imposition de l'allocataire*

(Cochez obligatoirement une case)

J'autorise la ville de Petit-Couronne à recueillir des informations me concernant auprès de ma Caisse d'Allocations Familiales ou de ma Mutuelle Sociale Agricole, afin d'appliquer un tarif communal correspondant à mes ressources et permettant de simplifier mes démarches. Cette autorisation reste valable sans limitation de durée, pendant la période où au moins l'un des membres de mon foyer demande à bénéficier des avantages liés à une tarification individuelle.

En signant ce formulaire, j'atteste avoir pris connaissance des informations suivantes :

- Le présent formulaire de consentement fait l'objet d'un traitement informatisé par les services de la ville de Petit-Couronne et est conservé dans mon dossier famille pendant la même durée que l'autorisation donnée ci-dessus.
- Je peux mettre fin à cette autorisation de partage de données, à tout moment, par simple courrier postal adressé à la ville de Petit-Couronne, Place de la libération 76650 Petit-Couronne.
- La Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique au présent formulaire. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la ville de Petit-Couronne.

Je ne souhaite pas renseigner mon n° allocataire ou MSA ainsi que mon n° fiscal et j'atteste avoir pris connaissance que je serai facturé au tarif maximum.

Fait à.....

Le.....

Signature de l'allocataire CAF ou MSA, précédée de la mention
« lu et approuvé »