

FORMULAIRE – AIDE TRANSPORT ETP

MOTIF DE LA DEMANDE (Les justificatifs doivent être joints à la présente demande)

☐ Frais de transport ETP

PERSONNE CONCERNÉE

☐ ASSURÉ(E) ☐ AYANT-DROIT : ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Autre :

Nom : Prénoms :

Date de naissance :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

N° de Sécurité sociale :

N° Allocataire CAF :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :@.....

Profession :

PERSONNES VIVANT AU FOYER / COMPOSITION DE LA FAMILLE

NOM - PRENOM	Lien de parenté	Numéro de Sécurité sociale	Date de naissance	Profession / Activité

Je, soussigné (e), certifie sur l'honneur l'exactitude de la présente déclaration.

A, le

Signature

La loi rend passible d'amende et / ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377.1 du code de la Sécurité Sociale).

Les informations recueillies sont utiles à la gestion de votre dossier.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition/limitation ou d'effacement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés : CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

