

POUR QUE NOUS PUISSONS VOUS AIDER AU MIEUX, NOUS VOUS REMERCIONS DE COMPLETER CETTE FICHE DANS SON INTEGRALITE, SANS OMETTRE UNE SEULE INFORMATION

DATE DE LA DEMANDE	
---------------------------	--

ORIGINE DE LA DEMANDE	<input type="checkbox"/> Employeur / <input type="checkbox"/> AIST / <input type="checkbox"/> Salarié / <input type="checkbox"/> CARSAT / <input type="checkbox"/> MSA / <input type="checkbox"/> CSE <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant / <input type="checkbox"/> AIST CME / <input type="checkbox"/> Autre :
------------------------------	--

OBJET DE LA DEMANDE	
----------------------------	--

Merci de préciser votre demande ci-contre	<input type="checkbox"/> Le salarié / agent / travailleur indépendant a des difficultés de santé mais veut rester dans l'entreprise <input type="checkbox"/> Le salarié / agent / travailleur indépendant a des difficultés de santé et veut quitter l'entreprise <input type="checkbox"/> Le salarié souhaite changer de métier en lien avec ses soucis de santé <input type="checkbox"/> Le salarié souhaite changer de métier sans lien avec des soucis de santé
--	--

Entreprise / Employeur concerné(e)	
Raison sociale	
Contact dans l'ets : Nom	
Tél	Mail
Adresse	
Code postal	Ville
Tél	
SIRET	

Au moment de la demande, la personne...	
<input type="checkbox"/> est toujours dans la structure	<input type="checkbox"/> est inscrite à Pôle emploi
<input type="checkbox"/> a quitté la structure	<input type="checkbox"/> est licenciée
<input type="checkbox"/> va être licenciée > date =	

Nous vous remercions de nous faire parvenir cette fiche avec :

- Une copie de la **RQTH** (ou tout autre titre) si toutefois le salarié(e) en est déjà titulaire
- Une copie de la **carte d'identité** de la personne concernée
- Une copie de tous les éléments que vous jugez utile

Etat civil du (de la) salarié(e)	
NOM et Prénom	
Nom de naissance	
Tél	Mail
Adresse	
Code postal	Ville
Date de naissance	Dépt
N° de sécurité sociale	
Statut de la personne en situation de handicap	
RQTH > <input type="checkbox"/> active du au / <input type="checkbox"/> en attente	
<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité > <input type="checkbox"/> cat 1 / <input type="checkbox"/> cat 2	
<input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> Maladie pro	
<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité	
Nature du handicap :	
Poste occupé :	
Date d'embauche :	
Je suis déjà en contact avec la Cellule Maintien AIST 63 <input type="checkbox"/>	
Je suis déjà en contact avec le service social CARSAT <input type="checkbox"/>	

AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL AU MOMENT DE LA PRISE DE CONTACT

Nom du Médecin du travail	
Dernière visite le	
Avis du médecin : <input type="checkbox"/> aptitude avec restrictions ou aménagement / <input type="checkbox"/> inaptitude / <input type="checkbox"/> avis simple	
Nature de la visite	Restrictions médicales (à préciser)
<input type="checkbox"/> pré-reprise	
<input type="checkbox"/> reprise	
<input type="checkbox"/> autre :	
Dernière visite le :	

Les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées par Cap emploi 63 dans un fichier informatisé pour nous permettre d'assurer votre accompagnement professionnel. Elles sont mises à jour en cours d'accompagnement et sont conservées pendant toute la durée de votre suivi Cap emploi. Conformément à la [loi « informatique et libertés »](#), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en faisant une demande par mail à capemploi@capemploi63.fr ou par courrier à Cap emploi – Centre Beaulieu – 19, bld Berthelot – 63400 CHAMALIERES

ACCORD DE PRISE EN CHARGE PAR CAP EMPLOI 63

Je soussigné (e) : **NOM :**

PRENOM :

Certifie avoir été informé(e) de l'accompagnement proposé par Cap emploi 63, et souhaite être aidé(e) dans mes démarches socioprofessionnelles.

Lors de cet accompagnement, je suis susceptible de bénéficier de l'intervention des divers membres de l'équipe et ce, en fonction des besoins qui auront été repérés.

Afin d'engager toutes les actions nécessaires à ma prise en charge, j'autorise l'équipe à prendre contact avec d'autres professionnels (assurance maladie, MDPH, services sociaux, médecins, Service de Santé au travail, etc...) intervenant dans le champ du maintien dans l'emploi et de l'insertion socio-professionnelle et à leur transmettre les renseignements indispensables à l'étude de mon dossier.

Je peux décider de retirer mon consentement à tout moment et mettre fin à cet accompagnement, sans impact sur mes droits et continuité de mon arrêt de travail.

Date :

Signature :

Information RGPD :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité la prise en charge de cet accompagnement. Cap emploi 63, en qualité de responsable de traitement, s'engage à ce que la collecte et le traitement de vos données à caractère personnel soient conformes au règlement européen 2016/679 du 27/04/2016 relatif à la protection des données personnelles et à la loi informatique et libertés du 06/01/1978 modifiée le 20/06/2018. Les données collectées sont accessibles au personnel habilité de Cap emploi 63, soumis à un engagement de confidentialité couvrant l'ensemble des activités réalisées. Je suis informé(e) de mes droits et de leurs modalités d'exercice. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement (dans le respect des obligations légales applicables) et de portabilité de mes données à caractère personnel. Je bénéficie d'un droit d'opposition et de limitation au traitement de mes données à caractère personnel. Toute demande concernant l'exercice de mes droits au regard de la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel doit être adressée au Délégué à la Protection des Données : Courriel : j.fournier@capemploi63.fr

Adresse postale : 19 boulevard Berthelot – 63400 CHAMALIERES

J'ai connaissance que l'autorité de contrôle désignée par la loi française est la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés que je peux saisir en cas de litige dans l'exercice de mes droits ou si je pense que ma réclamation concerne un manquement à la réglementation. Les modalités de cette saisine sont sur le site internet de la CNIL <https://www.cnil.fr>