ifsi las HAGUENAU WISSEMBOURG — Coopération hospitalière Nord Alsace — Centre hospitalier de Haguenau	**FORMULAIRE AUTORISATION DE DIFFUSION DES DONNEES PERSONNELLES AU SERVICE GESTION DES CARRIERES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES DE STAGE**	Code : Réf SEO : T01N38-03-17 Création : 08/11/2021 Version : 002 Date : 31/08/2026

Je soussigné(e) ……

Qualité ……

autorise l'Institut de Formation en Soins Infirmiers à diffuser mes données personnelles, soit :

- Nom Prénom
- Date et lieu de naissance
- Adresse Postale
- Numéro de Sécurité Sociale
- RIB

Au service de la Gestion des Carrières pour le paiement des indemnités de stage.

Je suis informé(e) que, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, et aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, je bénéficie, sous certaines conditions, d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement des informations qui me concernent ou encore du droit de m'opposer ou de limiter leur utilisation.

Le Centre Hospitalier de Haguenau est responsable du traitement de vos données nominatives à caractère personnel. Il a procédé à la désignation d'un délégué à la protection des données (D.P.D).

Toute demande relative à l'exercice des droits susmentionnés doit donc lui être adressée :
Mme Frédérique WOLF, Déléguée à la Protection des Données
Centre Hospitalier de Haguenau
64, avenue du Professeur René Leriche BP 40 252
67 504 HAGUENAU Cedex

Le …… A ……

Lu et approuvé

Signature

*Faire précéder la signature de la mention "Lu et Approuvé".