

PÔLE SENIORS

CONSENTEMENT : PROGRAMME PREVENTION SANTE

Nom :Prénom.....

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :Email.....

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destinées aux services de la mairie de la ville de Chaville.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement n°2016/679, dit règlement général sur la protection des données entré en application le 25 mai 2018, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité de vos données personnelles en vous adressant à l'adresse suivante : pole.seniors@ville-chaville.fr ou au Pôle Seniors, 1085 Avenue Roger Salengro, 92370 Chaville.

☐

Je consens au recueil et au transfert de mes données personnelles pour recevoir de l'information sur les actions de prévention/santé portées par le Pôle Seniors : ateliers, conférences...

☐

Je consens au droit à l'image lié aux animations du Pôle Seniors.

Fait à Chaville, le

Signature :

« Lu et approuvé »