



**MAISON
DÉPARTEMENTALE DES
PERSONNES
HANDICAPÉES**

AUTORISATION D'ACCES A VOS DONNEES PERSONNELLES

Afin de garantir la confidentialité des éléments que vous nous transmettez et faciliter vos démarches, merci de compléter ce coupon en précisant les coordonnées des personnes que vous autorisez à accéder à votre dossier.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

Résidant

.....

N° de dossier :

Autorise:.....

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

.....

Téléphone :.....

A avoir accès aux éléments liés à mon dossier pour une durée de 12 mois à compter de la date de signature.

Fait à le

Signature :

Pièces à fournir : Photocopie de la pièce d'identité de l'utilisateur + personne détentrice de la procuration