



CADRE RÉSERVÉ AU CNAS
N° interne :

FICHE DE DÉSIGNATION DU CORRESPONDANT TITULAIRE ET/ OU DES CORRESPONDANTS SUPPLÉANTS

Le responsable de l'organe délibérant désigne sous sa responsabilité comme correspondant(s) le(s)quel(s) s'engage(nt) à respecter la confidentialité des données personnelles dont il(s) aura (ont) connaissance conformément à la clause ci-dessous : Exerçant les fonctions de correspondant du CNAS, et étant à ce titre amené(e) à accéder à des données à caractère personnel, ce(s) dernier(s) déclare(nt) reconnaître la confidentialité desdites données. Il(s) s'engage(nt) par conséquent à prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de leurs attributions afin de protéger la confidentialité des informations auxquelles il(s) a (ont) accès, et en particulier d'empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations. Cet engagement de confidentialité, en vigueur pendant toute la durée des fonctions de correspondant, demeurera effectif, sans limitation de durée après la cessation des dites fonctions, quelle qu'en soit la cause, dès lors que cet engagement concerne l'utilisation et la communication de données à caractère personnel.

CORRESPONDANT TITULAIRE :		SIGNATURE OBLIGATOIRE
NOM :	<input type="text"/>	
PRÉNOM :	<input type="text"/>	
FONCTION :	<input type="text"/>	
Courriel :	<input type="text"/>	
Tél. (ligne directe professionnelle) :	<input type="text"/> N° CNAS si vous en possédez un : <input type="text"/>	

CORRESPONDANTS SUPPLÉANTS :		SIGNATURE OBLIGATOIRE
NOM :	<input type="text"/>	
PRÉNOM :	<input type="text"/>	
FONCTION :	<input type="text"/>	
Courriel :	<input type="text"/>	
Tél. (ligne directe professionnelle) :	<input type="text"/> N° CNAS si vous en possédez un : <input type="text"/>	

NOM :	<input type="text"/>	
PRÉNOM :	<input type="text"/>	
FONCTION :	<input type="text"/>	
Courriel :	<input type="text"/>	
Tél. (ligne directe professionnelle) :	<input type="text"/> N° CNAS si vous en possédez un : <input type="text"/>	

AUTRE INTERLOCUTEUR (facultatif) :		SIGNATURE OBLIGATOIRE
NOM :	<input type="text"/>	
PRÉNOM :	<input type="text"/>	
FONCTION :	<input type="text"/>	
Courriel :	<input type="text"/>	
Tél. (ligne directe professionnelle) :	<input type="text"/> N° CNAS si vous en possédez un : <input type="text"/>	

Nom de la structure :

Ville :

A : Le : / /

Cachet de la structure

Signature du représentant légal ou autre personne mandatée