**FONDATION D’ENTREPRISE ALCIMED**

Appel à candidatures 2025 - Dossier de candidature

**Date de la demande de candidature :** / /

**Demandeur**

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …

Courriel :

Téléphone :

**Patient concerné**

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ………/………/……….

Adresse postale :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …

Etes-vous membre d’une Association de Patients ? Si oui laquelle ? …………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ..

Lien avec le demandeur :

**Pathologie motivant la candidature :**

1. **Nom de la pathologie ou du syndrome :**
2. **Symptômes** (troubles visuels, cognitifs, moteurs etc.) **:**

1. **Origine de la pathologie :**

Congénitale Accident de la vie privée Maladie professionnelle

Accident du travail Maladie Autre :

1. **Apparition des premiers symptômes :**

**Traitement et prise en charge thérapeutique :**

1. **Etes-vous suivi par un médecin traitant ? :** Oui Non
2. **Suivez-vous un traitement ? :** Oui Non

1. **Avez-vous un appareillage ?** (Exemples : correction auditive, fauteuil roulant, lunettes, gastrostomie etc.) :

**Besoins et attentes vis-à-vis de la Fondation d’entreprise d’Alcimed :**

1. **Selon vous, que pourrait vous apporter la Fondation d’entreprise Alcimed ?**

1. **Selon vous, quel serait un signe de succès de votre intervention ?**

1. **Pourquoi souhaitez-vous que la Fondation d’entreprise Alcimed intervienne ?**

**12) Souhaitez-vous communiquer d’autres informations ?**

**Toutes les données récoltées dans ce dossier de candidature seront traitées de manière confidentielle et seront anonymisées dans toutes les phases de traitement ou cela sera possible. Elles ne seront traitées et utilisées que pour les stricts besoins de l'analyse du dossier de candidature et de l'intervention de la Fondation d'entreprise Alcimed, le cas échéant.**

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement (UE) 2016/679) et aux textes nationaux en vigueur, vous et le patient disposez, chacun en ce qui le concerne, d’un droit d’information, d'accès, d’effacement et de rectification des données vous concernant ainsi que du droit de limitation et d’opposition au traitement de vos données.

Si vous êtes soumis au droit français, vous disposez également du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre décès.

L’exercice du droit d’effacement et du droit d’opposition sur les données obligatoires est susceptible de vous empêcher de bénéficier pleinement des services de la Fondation d'entreprise Alcimed.

Vous pouvez exercer ces droits en écrivant à [dataprivacy@alcimed.com](mailto:dataprivacy@alcimed.com). Toute demande devra contenir votre nom, votre prénom et votre adresse électronique.

Une réponse vous sera alors adressée dans un délai d’un mois suivant la réception de la demande.

En tout état de cause, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL en adressant votre demande à : CNIL – 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

**Dans ces conditions, je consens à ce que ces informations soient utilisées : Oui Non**

**Je confirme avoir informé et obtenu le consentement du patient concerné,** **ou de ses représentants légaux** s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne sous tutelle, pour la transmission de ce dossier de candidature et le traitement des données qui y figurent le concernant

**J’atteste sur l’honneur que les informations transmises dans ce document sont exactes**

**Je soussigné(e****)** ……………………………………………………………………………………………………………………….

**Fait à** ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Signature**

………………………………………………………………………………………………………………………………….