

Autorisation du salarié

Dans le cadre de la saisine de la cellule PDP du SSTRN par
l'employeur/partenaire PDP

Je, soussigné (e) :

NOM :

PRENOM :

Salarié de l'entreprise :

N° Adhérent :

Certifie (merci de cocher les cases) :

Avoir été informé par mon employeur / le partenaire de l'existence et des missions de la cellule PDP au sein de mon service de prévention et de santé au travail (le SSTRN).

Que mon employeur / le partenaire m'a proposé d'être pris en charge par cette cellule et de réaliser la demande à ma place en remplissant une demande en ligne (depuis le site internet du SSTRN), **proposition que j'ai acceptée.**

Afin de bénéficier de cet accompagnement, je transmets les coordonnées de préférence sur lesquelles je souhaite être rappelé par la cellule PDP du SSTRN (un choix au moins) :

➤ Mail (personnel) :

➤ Téléphone (personnel) :@.....

Je suis informé que ces informations sont transmises par mon employeur/le partenaire au SSTRN, qu'elles seront utilisées par la cellule PDP du SSTRN à des fins de contact dans le cadre de la gestion de ma prise en charge.

Plus d'informations sur la cellule PDP et la réglementation RGPD sur le site internet du SSTRN : <https://www.sstrn.fr/>.