



Convention d'accès à l'espace sécurisé Mon Compte Partenaire

CDAP

Aides financières d'action sociale



Raison sociale :
Numéro de Siret :
Adresse du siège :

Représentant légal de l'organisme (signataire de la convention)

Nom : Prénom :
Fonction :
Mail : Téléphone :

Interlocuteurs partenaire

Administrateur

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

Administrateur suppléant

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

Responsable sécurités informatiques

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

Référent informatique et libertés

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

Gestionnaire d'habilitations

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

Gestionnaire d'habilitations suppléant

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

Type de partenaire cocher la ou les case(s) correspondante(s)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ACC - partenaire accès aux droits et accompagnement social | <input type="checkbox"/> LOG - partenaire logement |
| <input type="checkbox"/> COT - collectivités territoriales | <input type="checkbox"/> REC - partenaire DGFIP |
| <input type="checkbox"/> ENF - partenaire du domaine de l'enfance et de la famille | <input type="checkbox"/> RSA - partenaire RSA |
| <input type="checkbox"/> HAN - partenaire intervenant dans le domaine du handicap | <input type="checkbox"/> TUT - tuteurs et partenaires chargés de missions de protection judiciaire |
| <input type="checkbox"/> INS - partenaire de l'insertion | |

Informations complémentaires pour Consultation des Données Allocataires par les Partenaires

- Etes-vous autorisé à consulter des données allocataires d'autres départements ? OUI NON
- Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :*
- Souhaitez-vous avoir accès à de nouveaux départements ? OUI NON
- Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :*
- Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous obtenir des accès à ces départements (mission et périmètre) ?

Informations complémentaires pour Aides Financières d'Action Sociale

- Etes-vous financé par une ou plusieurs Caf ? OUI NON
- Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :*