

FICHE DE PRESCRIPTION

SOLIMOB : PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT À LA MOBILITÉ

À remplir par le prescripteur et à adresser par mail à
accompagnement@solimob.fr



Maison de la mobilité
 9 Place Maurice
 Schuman – 59400 CAMBRAI
contact@solimob.fr
 Tél : **06 81 06 59 29**

Prescription

Nom et prénom :	Mail :
Structure :	Téléphone : Adresse :
Nom du dispositif (si spécifique) :	
CP :	Ville :

La structure du prescripteur assume la responsabilité de la caution : Oui Non

Bénéficiaire

Genre : Homme Femme

Nom :	Prénom :
Adresse :	Date de naissance :
CP :	Mail :
Ville :	Téléphone :
Nationalité :	Disponibilité :

Situation Familiale

Célibataire / Pacsé(e) / Marié(e) / Autre :

Enfants à charge : Oui Non Combien : Autres personnes à charge : Oui :

Situation Professionnelle

CDD / CDDI / CDI / Contrat aidé / Contrat intérim / Alternance / Contrat aidé Contrat jeune / Service Civique / Demandeur d'emploi / Formation Pro / Autre :

Situation sociale

Accompagnement :

Département / Mission locale / PLIE / France Travail /
 Sans accompagnement / SIAE / Autre (préciser) :

Ressources

- Salaire / Prime d'activité / AAH / AREF / ARE
 Sans revenu / RSA / AAS / Autre (préciser) :

Motif de la demande prescripteur

Le bénéficiaire présente des difficultés de mobilité en rapport avec la catégorie suivante :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Identifier les besoins de mobilité lié au projet professionnel.
<input type="checkbox"/> Trouver une solution de mobilité immédiate pour assurer la continuité du parcours d'insertion / recherche d'emploi.
<input type="checkbox"/> Territoire pas ou mal desservi
<input type="checkbox"/> Nouveaux horaires / nouveaux besoins | <input type="checkbox"/> Acquérir des compétences clé de la mobilité (ateliers thématiques).
<input type="checkbox"/> Déplacement professionnel pour se rendre sur le lieu de travail stage...
<input type="checkbox"/> Horaire des transports en commun pas adapté
<input type="checkbox"/> Pas de permis <input type="checkbox"/> Pas de voiture |
|--|---|

Accord

Fait à :

Signature et cachet
du prescripteur :

Le :

Signature du bénéficiaire valable
pour un accord vers un parcours
d'accompagnement mobilité :

J'AI PRIS CONNAISSANCE DES RÈGLES APPLICABLES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES
DONNÉES OUI NON

« Les informations recueillies pendant les accompagnements sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le but de recueillir les informations de son Projet Solimob. Elles sont conservées 18 mois et sont destinées à une utilisation interne et une transmission anonymisée à TIMS .Conformément aux lois « informatique & liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits suivants : Le droit d'accès, le droit de rectification, le droit à l'effacement, le droit à la limitation du traitement, le droit à la portabilité des données, le droit d'opposition au traitement des données, le droit à être informé d'une violation des données en cas de risques élevés pour les intéressés. Elles peuvent exercer leur droit en s'adressant à l'association Phare Avenue Michel Rondet, 59135 Wallers. »