FICHE DE PRESCRIPTION SOLIMOB : PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT À LA MOBILITÉ

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

MAISON de la MOBILITÉ
COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION DE CAMBRAI

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

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

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

Bénéficiaire	
Genre : ☐ Homme ☐ Femme	
Nom : **Adresse :** **CP :** **Ville :** **Nationalité :**	**Prénom :** **Date de naissance :** **Mail :** **Téléphone :** **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) :

PHARE · Tims · CEE Les certificats d'économies d'énergie · Préfet de la Région Hauts-de-France · France Travail · Nord · Communauté d'agglomération de Cambrai · Hauts-de-France · Cofinancé par l'Union européenne

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 :

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

Accord

Fait à :

Le :

Signature et cachet du prescripteur :

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 destinés 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. »