

PLAN D'URGENCE ACCIDENT NUCLÉAIRE DISTRIBUTION DE PASTILLES D'IODE

Certificat médical à remettre dûment rempli et signé par le médecin traitant en cas de contre-indication à la prise de comprimé d'iode

Je, soussigné-e,, Docteur en médecine,
demeurant.....
.....,

certifie que..... (Nom, Prénom)
né-e le /..... /.....,

présente une contre-indication médicale à la prise d'un comprimé d'iode lors d'un accident nucléaire.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit

Fait à....., le /..... /

Signature

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la réalisation de votre inscription administrative par L'Université Savoie Mont blanc qui est responsable de traitement dans le cadre de l'exercice de sa mission d'intérêt public. Ces informations seront conservées pendant la durée de votre inscription auprès de notre établissement augmentée d'une période de 2 ans. Elles pourront être transmises en interne à l'ensemble des services susceptibles d'intervenir dans la gestion de votre scolarité et notamment la Direction des Études et de la vie étudiante. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union Européenne.

Conformément à la réglementation en vigueur vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données, ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement et un droit à la portabilité le cas échéant, que vous pouvez exercer à l'adresse suivante cil@grenet.fr ou auprès de la scolarité à scolarite.centrale@univ-smb.fr. Vous disposez également d'un droit de saisir à tout moment l'autorité compétente en matière de données à caractère personnel à savoir en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.