

## DEMANDE DE PRIME D'INSTALLATION POUR UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) NOUVELLEMENT AGREE(E)

N° Immatriculation Allocataire MSA : .....

Nom : ..... Nom d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Agrément délivré le : ..... par le Conseil Général de : .....

### Rappel des pièces à fournir

- \* Imprimé de demande complété et signé
- \* Photocopie de la notification d'agrément
- \* Photocopie de l'attestation de formation
- \* Photocopies des deux premiers bulletins de salaire
- \* Charte d'engagement réciproque complétée et signée **en 2 exemplaires**

Je déclare solliciter l'attribution de la prime d'installation et m'engager sur l'honneur à respecter les engagements figurant dans la charte d'engagements réciproques dont j'ai pris connaissance.

Je garantis la sincérité des informations transmises à la MSA pour le traitement de mon dossier.

Je prends acte que la MSA peut vérifier l'exactitude de cette déclaration et qu'en cas de fausse déclaration, le remboursement des sommes indûment versées me sera réclamé.

Je reconnais par ailleurs avoir été informé que :

- les informations relatives à la vie privée contenues dans ma demande ou obtenues pour son instruction sont régies par le secret professionnel,
- le traitement de ma demande peut nécessiter de communiquer ces informations au sein de la MSA ou à des partenaires.

Par la signature de cette demande, j'autorise le transfert de ces informations pour la gestion de mon dossier.

Mentions relatives à la protection des données : les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Caisse de Mutualité Sociale Agricole Ardèche Drôme Loire dont la finalité est le traitement de mon dossier de demande de prime d'installation pour un(e) assistant(e) maternel(le) nouvellement agréé(e).

La base de traitement est l'intérêt public. Les informations sont conservées pendant 5 ans et sont destinées au service d'action sanitaire et sociale en charge des prestations extralégales.

Conformément à la loi « informatique et libertés » vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : le Délégué à la protection – MSA ADL – 43, avenue Albert Raimond 42275 ST PRIEST EN JAREZ.

Je confirme avoir pris connaissance de mes droits et autorise la Caisse de MSA ADL à utiliser mes données à cette finalité.

Fait à ....., le ..... Signature,

Ce formulaire, dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées, est à retourner à l'adresse suivante :

Mutualité Sociale Agricole Ardèche Drôme Loire  
 Service Action Sanitaire et Sociale  
**A l'attention de Frédérique BODNAR / Sylvia CETTIER**  
 43 Avenue Albert Raimond  
 BP 80051  
 42275 ST PRIEST EN JAREZ Cedex

**Toute demande incomplète sera retournée au demandeur**