

# Aide Santé Alternant CERFRANCE

## Demande

- L'alternant est :  
☐ En première année de contrat  
☐ En deuxième année de contrat

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ALTERNANT\*

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	Nom	Prénom
Nom de jeune fille		Date de naissance
Adresse		
Ville, Commune		Code postal

**Attention : cette demande d'aide ne sera pas prise en compte si elle n'est pas signée par l'alternant au verso de ce document**

### AFIN DE POUVOIR PREVENIR L'ALTERNANT DU VERSEMENT DE L'AIDE, VEUILLEZ NOUS COMMUNIQUER \*:

Son N° de téléphone portable\*\*

\*Ces informations lui sont personnelles et leur traitement est strictement réglementé : des précisions au dos de ce bulletin...

Son e-mail \*\*:

\*\* Pour faciliter sa gestion, l'adresse mail de l'alternant nous est indispensable pour être utilisée dans ces échanges

### IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR \*:

Raison sociale	
Adresse	
Code postal	Ville
N° SIRET ou SIREN	
Code NAF	Adhérent CCPMA PREVOYANCE (cochez la case pour certifier) <input type="checkbox"/>

\*Ces informations sont personnelles et leur traitement est strictement réglementé : des précisions au dos de ce bulletin...

e-mail du référent de l'entreprise :

**Attention : cette demande d'aide ne sera pas prise en compte si elle n'est pas signée par l'employeur au verso**

### IDENTIFICATION DU CENTRE DE FORMATION OU D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Dénomination	
Adresse	
Code postal	Ville

\*Ces informations sont personnelles et leur traitement est strictement réglementé : des précisions au dos de ce bulletin...

### A FOURNIR A CCPMA PREVOYANCE, AVEC LE PRESENT DOCUMENT DE DEMANDE D'AIDE :

**ATTENTION : Tout dossier INCOMPLET et/ou mal renseigné, ne sera ni traité, ni retourné.**

☒ Une photocopie du contrat de formation signé des parties et qui mentionne le diplôme préparé, l'adresse de l'entreprise et celle de l'établissement où est préparé le diplôme.

☒ Un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal aux normes SEPA, au nom de l'alternant.

Les demandes d'aide seront traitées par ordre d'arrivée, dans la limite de l'enveloppe budgétaire définie par les partenaires sociaux pour le dispositif.

L'employeur doit **retourner ce dossier complet** impérativement **avant le 30 novembre 2022**, par courrier électronique à : [prevention.blf@groupagricar.com](mailto:prevention.blf@groupagricar.com)

ou par courrier postal à :  
**Groupe AGRICA, AIDE SANTE  
ALTERNANT CERFRANCE,  
ACTION SOCIALE/PREVENTION  
LISA,  
21 rue de la Bienfaisance  
75382 Paris cedex 08.**

Dans le cadre du dispositif **Cerfrance**, sera mis en œuvre un traitement de vos données à caractère personnel, ainsi que celles du centre de formation et de l'entreprise qui vous emploie.

**AGRICA** est le responsable de ce traitement. Les données collectées sont indispensables à la mise en oeuvre du dispositif et leur traitement nous est nécessaire pour que vous puissiez, le cas échéant, bénéficier de l'aide du dispositif **CERFRANCE**.

Sont traitées les catégories de données suivantes :

- les données d'identification, (*civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, numéro de téléphone, e-mail*) ;
- les données relatives à votre situation professionnelle, (*ainsi que les coordonnées postales et e-mails de l'entreprise et du centre de formation concernés*) ;
- les données bancaires.

Ces données sont traitées pour les finalités suivantes :

- la gestion du dispositif **Cerfrance**
- l'attribution et le paiement des aides du dispositif.

Ces données sont destinées à **AGRICA**, responsable du traitement des données, ainsi qu'aux personnes qui, en raison de leurs fonctions, sont chargées de les traiter.

Ces données ne font pas l'objet d'un transfert vers un pays tiers n'appartenant pas à l'Union Européenne. Si toutefois, elles devaient faire l'objet d'un transfert transfrontalier, notamment, pour les besoins de la maintenance des outils informatiques utilisés pour la gestion du dispositif, le responsable du traitement s'engage à effectuer un tel transfert en conformité avec la réglementation européenne et nationale relative à la protection des données à caractère personnel.

Ces données sont conservées pendant la durée du dispositif.

Dans le cadre du traitement, aucune prise de décision automatisée, de même aucun profilage, n'est mis en œuvre.

Vous disposez, ainsi que votre employeur et votre centre de formation, d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, du droit de s'opposer au traitement ainsi que du droit à la portabilité et à la communication post-mortem de vos données respectives.

### **Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.**

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données :

- par courrier électronique à l'adresse suivante :

**dpo.blf@groupagricar.com**

- ou par courrier postal à l'adresse suivante :

**Groupe AGRICA, Direction Déléguée Maîtrise des Risques, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08**

### **AFIN DE VALIDER VOTRE DEMANDE, L'ALTERNANT ET L'EMPLOYEUR DOIVENT COCHER ET SIGNER CE DOCUMENT**

#### **L'alternant :**

- ☐ Je déclare avoir pris connaissance de l'information concernant la collecte et le traitement de données strictement nécessaire à la gestion du dispositif CERFRANCE.
- ☐ Je déclare les réponses consignées sur le présent document de demande d'aide, complètes et j'atteste de leur exactitude.

Fait à

le

Signature

#### **L'employeur :**

- ☐ Je, soussigné(e) ..... agissant en qualité de ..... , ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée, certifie que l'alternant susnommé effectue son stage dans mon entreprise ;
- ☐ déclare avoir pris connaissance de l'information concernant la collecte et le traitement de données strictement nécessaire à la gestion du dispositif CERFRANCE.

Fait à

le

Signature

ATTENTION : POUR TOUTE AUTRE CORRESPONDANCE CONCERNANT VOTRE DEMANDE, veuillez-vous adresser, par courrier électronique à : [prevention.blf@groupagricar.com](mailto:prevention.blf@groupagricar.com) ; ou par courrier postal à : Groupe AGRICA, Aide Santé Alternant CERFRANCE, Action sociale/Prévention LISA, 21 rue de la Bienfaisance



**CCPMA PREVOYANCE**, Institution de prévoyance régie par le Code rural  
21 rue de la Bienfaisance - 75382 Paris cedex 08  
Tél. 01 71 21 00 00 - fax : 01 71 21 00 01 - [www.groupagricar.com](http://www.groupagricar.com)  
Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n° 493 373 682