**FICHE DE LIAISON ACCOMPAGNEMENT GLOBAL
Service social Pôle emploi**

**Attention : l’inscription à Pôle emploi est obligatoire pour bénéficier de cette mesure.**

**Bénéficiaire**

**Nom :** **Agence Pôle emploi :**

**Prénom :       Identifiant Pôle emploi :**

**Né le :** Cliquez ici pour entrer une date. **N° CAF :**

**Adresse :       RSA :** Choisissez un élément.

**Tél :       Référent RSA :**

**Mail :       Situation familiale :** Choisissez un élément.

 **Age des enfants :**

**Accord du Demandeur d’Emploi pour le Diagnostic Partagé**

Je soussigné(e), **,**consens à ce que ma situation soit examinée conjointement par un professionnel du social et un conseiller emploi, dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l’informatique et aux libertés.

Je suis déjà accompagné (e) par un travailleur social (Nom, Structure):

Je m’engage à donner les informations utiles à l’accompagnement de ma situation.

**Date et signature :**

 **Diagnostic du Travailleur social Réponse du conseiller Pôle Emploi**

**Service social :       Agence :**

**Nom :       Nom :**

**Tél :       Tél :**

**Mail :       Mail :**

**Plan d’aide social Plan d’action professionnel**

**Date :** Cliquez ici pour entrer une date. **Date : …/…/……**

⮊Accompagner et informer  [ ]  Établir une stratégie de retour à l’emploi

 ⮊ Problématique n° 1 : Choisissez un élément. [ ] Perfectionner les outils de recherche d’emploi

 ⮊ Problématique n° 2 : Choisissez un élément. [ ] Adapter le profil au marché du travail

 [ ] Élaborer un projet professionnel

**Situation (Obligatoire): Situation (Obligatoire):**

 **Accord :** [ ]  Oui [ ]  Non

**Entrée en Accompagnement global (par le conseiller PE)**

 **Accord :** [ ]  Oui [ ]  Non **Date d’entrée : …/…/....... Durée : 12 mois**

**Commentaire (obligatoire en cas de refus) :**

 «Les informations recueillies vous concernant font l’objet d’un traitement informatique destiné à la mise en œuvre d’un accompagnement global, auquel vous consentez. Les destinataires des données sont les services instructeur et les partenaires pouvant être amenés à intervenir dans le traitement des votre dossier.  Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant, par voie postale, au Correspondant Informatique et Libertés – Département des Alpes-Maritimes – B.P. n° 3007 06201 Nice Cedex 3. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.  Par ailleurs, le Département pourra être amené à utiliser vos coordonnées pour l’envoi d’information institutionnelle »Le(s) service(s) du Département des Alpes-Maritimes dispose(nt) de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les mesures médico-sociales et médicales..Les informations enregistrées sont réservées à l’usage du (ou des) service(s) concerné(s) et ne peuvent être communiquées qu’aux destinataires pouvant intervenir dans le cadre du traitement concerné : partenaires conventionnés. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s’adressant (avec copie d’une pièce d’identité) au Département des Alpes-Maritimes - Correspondant Informatique et Libertés – BP3007 – 06201 Nice cedex 3 »