

FORMULAIRE DE RETRAIT DE CONSENTEMENT SALARIES ADHERENTS

Nom	
Prénom	
Employeur	
Adresse de messagerie	
Numéro de téléphone	
Numéro de carte d'identité	

Objet : Demande de retrait de consentement

Madame, Monsieur,

Par la présente, je déclare retirer mon consentement, conformément à l'article 7 du RGPD :

à la collecte de données sociales me concernant,

au transfert de mon dossier médical en interne du Service de Santé au Travail.

PJ : Copie de la carte d'identité.

A adresser par mail à informatiqueetlibertes@intermetra.asso.fr