## Formulaire individuel de demande initiale ou de modification d'accès au site d'échange de documents entre la CAF et ses partenaires (SEPIA)

	Numero de gestionnaire CAF : G
	Création
	Cation (préciser : adresse mail, téléphone type d'activité ou d'habilitation)
Rempla	acement de Mr ou Mme
Suppre	ssion de Mr ou Mme
Aucune	e modification (saisir obligatoirement vos coordonnées uniquement)
ois qu'il y Iroit.	données de cette fiche sont obligatoires. Ce formulaire est à compléter autant de y a de personnes habilitées à saisir ou transmettre les données constitutives de at à retourner à l'adresse suivante : habilitations@caf59.caf.fr
	nnées du partenaire avec lequel la convention d'objectif et de nent a été signée :
	Numéro de SIREN du siège :
	Numéro de SIRETdu siège (14 chiffres) :
	Dénomination :
	Adresse:
	Adresse mail:
	Téléphone:
Coordo	nnées de la personne habilitée à accéder au site
	Nom & prénom :
	Fonction dans la structure :
	Adresse électronique :
	ette adresse doit être personnelle, elle est obligatoire car elle permettra l'envoi des codes d'accès . En cas dresse générique merci de bien vouloir compléter l'annexe 2
	T/1/-1

## Champ d'habilitation:

La personne désignée est habilitée :
à consulter
à saisir les données (fournisseur de données d'activité et financières)
$\hfill \square$ à transmettre les données saisies par le fournisseur de données (approbateur ayant délégation de signature du gestionnaire)
☐ à saisir et transmettre les données de l'équipement (fournisseur de données + approbateur ayant délégation de signature du gestionnaire)
Cette habilitation concerne :
tous les équipements du partenaire
uniquement les équipements de son secteur.
Dans ce cas, l'annexe 1 est à compléter.



En utilisant le site d'échange de documents, la personne habilitée s'engage à respecter les règles régissant le secret professionnel : non utilisation des informations accédées à titre personnel, non divulgation des informations auprès d'un tiers (article 226 -13 du code pénal)

Date et signature :

Date et nom et signature

Le Partenaire, signataire de la convention d'objectif et

de financement

de la personne habilitée

## **DESCRIPTIF DES EQUIPEMENTS**

**ANNEXE 1** 

Numéro du Gestionnaire CAF : <u>G</u>
Nom et prénom de la personne habilitée
Nom du secteur / service
Equipements concernés :

N. 1.197	Type d'activité Prestations de services	Adresse de l'équipement (pour les
Nom de l'équipement	et/ou Subventions de	Prestations de services)
	fonctionnement	



En utilisant le site d'échange de documents, la personne habilitée s'engage à respecter les règles régissant le secret professionnel : non utilisation des informations accédées à titre personnel, non divulgation des informations auprès d'un tiers (article 226 -13 du code pénal)

Date et signature :

Date et nom et signature

Le Partenaire, signataire de la convention d'objectif et de financement de la personne habilitée

Je soussigné(e) *M./Me Nom/Prénom* + *Fonction* atteste sur l'honneur que *M./ME Nom/Prénom* est le(la) seul(e) utilisateur(trice) de l'adresse mail :



Fait à xxxxxxxxxxxx, le xx/xx/xxxx

Nom/Prénom du signataire

Signature
Cachet du partenaire