**Autorisation d'échange d'informations**

En signant le présent formulaire, vous autorisez la ou le spécialiste RH ainsi que la suppléante ou le suppléant indiqués à se procurer, oralement ou par écrit, auprès des personnes/services indiqués, les informations nécessaires pour leur permettre de vous fournir une assistance professionnelle dans votre réintégration au travail.

En transmettant un dossier à la section Gestion de la réintégration en entreprise (GRE) de l’Office du personnel, vous autorisez en outre le conseiller ou la conseillère GRE à se procurer les informations nécessaires auprès des personnes/services indiqués.

**Collaborateur·trice**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom |  | N° téléphone |  |
| Date de naissance  |  | ID personnel  |  |
| Adresse |  | N° AVS |  |
| Adresse mail |  |  |  |

J’autorise mon·ma spécialiste RH ainsi que le conseiller ou la conseillère GRE désigné·e ci-après:

**Spécialiste RH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom Vorname |  | Adresse |  |
| Adresse mail |  | N° téléphone |  |

**Suppléant·e du ou de la spécialiste RH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom Vorname |  | Adresse  |  |
| Adresse mail |  | N° téléphone |  |

**Conseiller·ère GRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom Vorname |  | Adresse  |  |
| Adresse mail |  | N° téléphone |  |

**à se procurer, oralement ou par écrit, les renseignements pertinents pour ma réintégration professionnelle** **auprès des assurances suivantes**:

* Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA)
* Assurance-accidents (VISANA)
* Assurance militaire (gérée depuis 2005 par la SUVA)
* Assurance-invalidité (AI) et caisse de compensation compétente

**ainsi qu’auprès des médecins suivants:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom |  |  |
| Adresse |  | N° téléphone |  |
| Adresse mail |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom |  |  |
| Adresse |  | N° téléphone |  |
| Adresse mail |  |  |

**et auprès d’autres personnes impliquées**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fonction |  |  |
| Nom, prénom |  |  |
| Adresse |  | N° téléphone |  |
| Adresse mail |  |  |

Dans les limites de la présente habilitation, je délie les assurances, les médecins ainsi que les autres personnes impliquées mentionnés ci-dessus de l’obligation de garder le secret fixée par la loi ou par contrat.

**Affectation déterminée et protection des données**

La présente autorisation s’applique exclusivement à la situation actuelle. Elle sert exclusivement à l’assistance à la réintégration. Les données ne sont en aucun cas utilisées à d’autres fins.

**Signature du collaborateur / de la collaboratrice**

Lieu, date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La présente autorisation peut à tout moment être révoquée par écrit. Elle expire automatiquement 3 mois après la clôture du cas de réintégration.