

Demandeur :

Je soussigné(e) _____ demande par la présente de pouvoir bénéficier d'une aide financière par le Fonds de Solidarité de la Croix-Rouge Luxembourgeoise

Je déclare avoir pris connaissance du contenu du formulaire et marque mon accord pour que le présent document ainsi que toutes les pièces justificatives, puissent être transmis aux personnes en charge du traitement de ma demande.

Je déclare avoir pris connaissance de l'usage qui est fait des données personnelles collectées par la Croix-Rouge luxembourgeoise, ainsi que des droits dont je dispose.

Si vous souhaitez nous communiquer des données sensibles telles que les données relatives à votre état de santé, veuillez cocher la case ci-dessous.

Je consens expressément et explicitement à ce que les données de catégorie particulières renseignées ou jointes à ma demande puissent être traitées par les personnes en charge du traitement de la demande

Date:

Signature du demandeur :