

**Ce document rempli et signé est à envoyer à
habilitations-hdf@asp-public.fr**

Type de demande

☐ Création

☐ Modification

☐ Suppression

Demandeur

Titre: Mr ☐ Mme ☐

Identifiant *: _____
(Si modification ou suppression)

Nom : _____

Prénom : _____

E-mail **: _____

Téléphone : / / / /

Site d'appartenance

N° Siret personne morale : _____

Dénomination sociale : _____

Adresse : _____

Téléphone : / / / /

Code Postal : _____

Ville : _____

Responsable

Titre: Mr ☐ Mme ☐

Qualité: _____

Nom : _____

Prénom : _____

Habilitations

Sélectionner le niveau d'habilitation souhaité,
(GestOF à minima pour un utilisateur) :

☐ Consulteur OF (ConsultOF)

☐ Gestionnaire Suivis OF (GestSuivOF)
Gestion des états de fréquentation (RS6/RS9)

☐ Gestionnaire OF (GestOF)
Gestion complète dossier (RS1/P2S) + suivi

* L'identifiant sera structuré de la manière suivante : prenom.nom
(de l'utilisateur).
Il doit être précisé seulement dans le cas d'une modification ou
d'une suppression.

Il vous sera fourni un mot de passe en liaison avec cet identifiant.
Ce mot de passe est individuel et incessible, il engage la
responsabilité de l'utilisation en cas de transmission à un tiers ou
d'utilisation frauduleuse.

** L'adresse de courriel fournie doit être individuelle. Toute
demande sur une adresse générique fera l'objet d'un refus.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux
fichiers et aux libertés s'applique à cette demande.

Signature du demandeur : _____

Le / /

Cachet et signature du responsable : _____

Le / /

Réservé à l'administration

Compte d'accès créé : _____

Mot de passe créé : _____

Demande traitée le :/...../..... Par : _____

Motif en cas de refus :
.....
.....
.....