

FICHE DE PRESCRIPTION

A envoyer par mail : lydia.boudif@agglodieppe-maritime.com
ou sophie.lhopital@agglodieppe-maritime.com

Informations : [02 32 90 20 50](tel:0232902050)



LE PRESCRIPTEUR

A remplir par le prescripteur

Date de la prescription :

Nom et Prénom :

Tél : E-mail :

Structure : Département France Travail CCAS ML SPIP

Autres :

Agence/antenne/ville :

LA PERSONNE ORIENTEE

A remplir par le prescripteur

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Tél mobile :

Email :

Inscrite à France Travail : Oui Non Depuis le :

Identifiant France Travail :

Nom du conseiller :

ELIGIBILITE

A remplir par le prescripteur

1. Territoire de résidence de la personne orientée :

Dieppe-Maritime Falaises du Talou Terroir de Caux Villes Sœurs

2. Situation de la personne orientée (au moins un critère pour éventuelle intégration PLIE – plusieurs choix possibles selon la situation) :

Demandeur d'emploi de longue durée DELD (> 12 mois)

Reconnue qualité travailleur handicapé RQTH

Bénéficiaire minimas sociaux :

Si autres minimas, précisez :

Agée de + de 50 ans

Agée de - de 26 ans

COMMENTAIRES SUR L'ORIENTATION VERS LE PLIE

A remplir par le prescripteur

Objectifs attendus, besoins de la personne, parcours antérieurs, ... : *(pas d'informations personnelles)*

AVIS FRANCE TRAVAIL

Partie réservée à France Travail

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à France Travail et son partenaire. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'une limitation du traitement à tout moment en vous adressant au délégué à la protection des données de France Travail depuis un formulaire de contact sur le site francetravail.fr (page "politique de confidentialité - protection des données personnelles") ou par courrier à l'adresse suivante : France Travail, délégué à la protection des données, 1 - 5 avenue du docteur Gley, 75987 Paris Cedex 20

Inscrite à France Travail : Oui Non

Si oui, nombre de mois d'inscription dans les 36 derniers mois à compter de la date de prescription :

Prestation d'accompagnement en cours : Oui Non

Si oui, précisez : Fin prévue :

Avis pour orientation PLIE : Oui Non

Si non, motif :

Si oui, Formation initiale :

Métier d'inscription : Type allocation :

AVIS UTAS

Partie réservée à l'UTAS

Bénéficiaire RSA : Oui Non Si oui : socle activité

Accompagnement par un référent RSA : Oui Non

Si oui, Nom Prénom :

Avis pour orientation PLIE : Oui Non

Si non, motif :

AVIS MISSION LOCALE

Partie réservée à la Mission locale

Inscrite à la Mission locale : Oui Non

Si oui, Nom Prénom du conseiller :

Avis pour orientation PLIE : Oui Non

Si non, motif :

SUIVI PLIE

Partie réservée au PLIE

Accompagnatrice en charge du suivi :

1^{er} RDV proposé le : RDV effectué le :

2^{eme} RDV proposé le : RDV effectué le :

Types de difficultés rencontrées par le(la) candidat(e) :

Mobilité	Financières	Santé
Familiales	Judiciaires	Hébergement

Passage en commission de gestion des parcours le :

Intégration PLIE : Oui Non

Si non, motif :

Commentaires (bilan du diagnostic, parcours envisagé, ...) :