

ATTESTATION D'ÉLECTION DE DOMICILE

Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Mme M.

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] Lieu de naissance : _____

Nom(s), prénom(s) et date de naissance des ayants droit:

--

A élu domicile auprès de l'organisme suivant :

Nom de l'organisme : _____

Si applicable*, élection de domicile effectuée au titre de la commune ou de l'arrondissement : _____

Responsable de l'organisme (Nom, Prénom, Fonction) : _____

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément : _____

Numéro d'agrément : _____

Adresse postale : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Son adresse postale est la suivante :

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

--

DURÉE DE L'ATTESTATION

L'élection de domicile est accordée pour une durée d'un an.

Date de validité de l'attestation : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] au [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]

Il est recommandé de demander le renouvellement de l'élection de domicile au moins deux mois avant sa date d'échéance.

Date de première domiciliation au sein de l'organisme : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]

Fait à _____ le [2] [3] [0] [4] [2] [0] [2] [1]

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

*Si l'organisme domiciliaire est un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) ou un centre communal d'action sociale (CCAS) dont la commune est divisée en arrondissements.