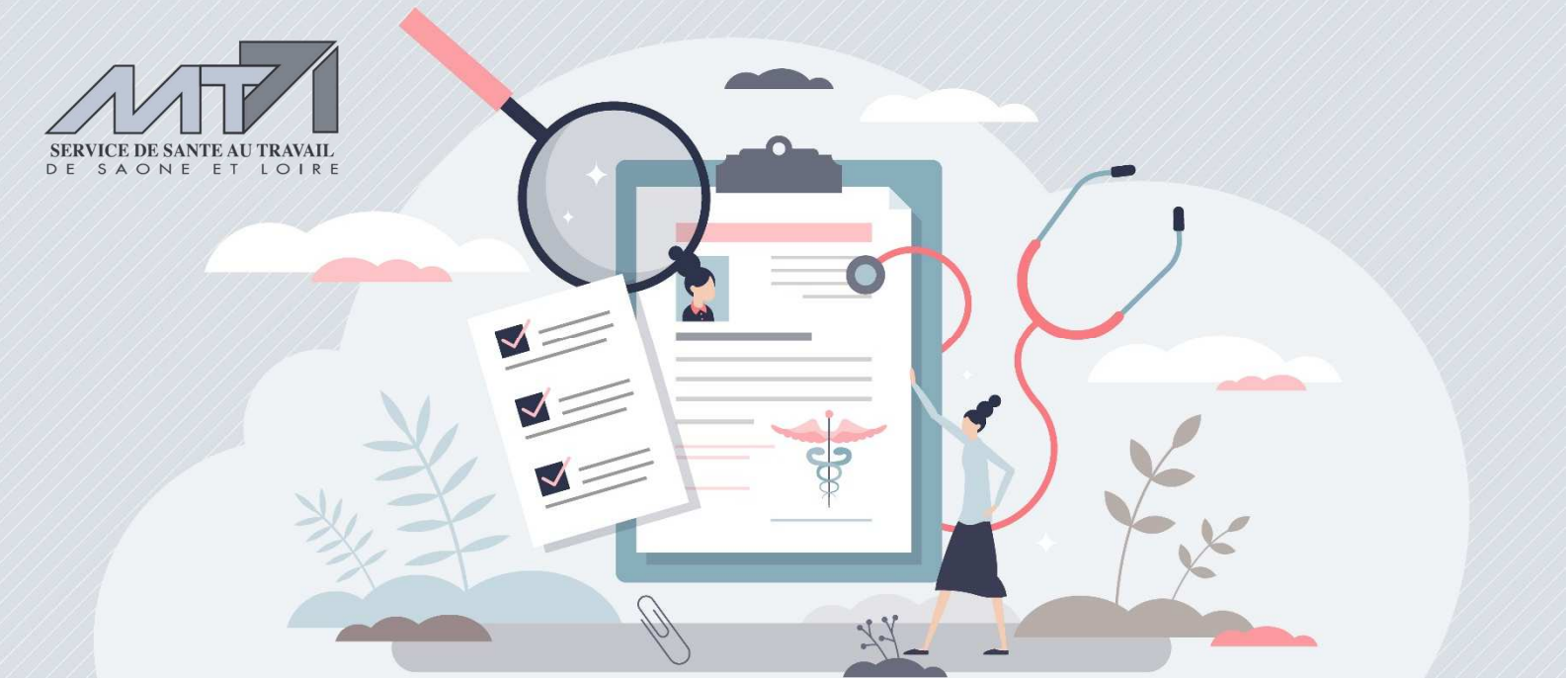

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR LE SALARIÉ

Articles L 1111-7 et 1112-1 du Code de Santé Publique

IDENTITÉ DU SALARIÉ

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Mail : Téléphone :

MODALITÉS DE COMMUNICATION

☐ Consultation sur place
☐ Envoi des reproductions à votre adresse
☐ Envoi du dossier à un médecin, précisez les coordonnées :
NOM :
Adresse complète :

☐ Remise du dossier en main propre

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

☐ Copie d'une pièce nationale d'identité (si manquante, la demande ne pourra pas être traitée)

Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans mon dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

Fait à :
Le : Signature :

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :
MT71 – 15 rue Gabriel Lippmann – 71100 CHALON-SUR-SAONE
ou dossiermedical@mt71.fr