

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL PAR UN SALARIE
(article L. 4624-2 du Code du travail, articles L. 1110-7 et L. 1111-7 du Code de la Santé publique)

Je soussigné(e), M / Mme / Melle
(Nom, prénom : pour les femmes mariées, ajouter le nom de jeune fille)
Né(e) le..... Tél. :
Domicilié(e)

Salarié(e) de la société (ou ancien(ne) salarié(e) de la société) :

Le cas échéant : représentant(e) légal(e) (titulaire de l'autorité parentale, tuteur...) ou ayant droit de :

(Nom, prénom du salarié) Né(e) Qualité :.....

demande à obtenir communication de la copie de son dossier médical ou des documents suivants:

.....
.....
.....

Etabli(s) par le Service de santé au travail interentreprises SPSTI 16 :

- à mon nom
- au nom de (la personne dont je suis le représentant légal ou l'ayant droit) :

Au plus tard dans les 8 jours de la présente demande (ou 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans) et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures en application des dispositions en vigueur, selon les modalités suivantes (*cocher la case correspondante*) :

- Consultation gratuite sur place au sein du Service de santé au travail interentreprises (*Prendre rendez-vous avec le Service*)
- Remise des copies sur place au sein du Service de santé au travail interentreprises
le.....
- Envoi postal des copies payantes à :
M., Mme, Mlle (nom, prénom, adresse)
- Envoi postal des copies payantes au :
Docteur (nom, prénom, adresse) :

.....
.....

demande (pour le dossier d'un salarié décédé, s'il ne s'y est pas opposé de son vivant) :

- o Communication nécessaire pour connaître les causes de la mort,
- o Communication nécessaire pour défendre la mémoire du défunt,
- o Communication nécessaire pour faire valoir mes (nos) droits.

Etant précisé que :

- Je suis informé(e) qu'en application des articles précités, les frais de copies éventuelles sont à la charge du demandeur,
- Je suis également informé(e) que je peux demander à accéder à ces informations par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix,
- Je m'engage en tout état de cause à produire tout justificatif utile permettant au Service de connaître mon identité et/ou ma qualité et lui en laisser copie.

Date :

Signature :

Renseignements facilitant la recherche du dossier
(Dates de début et fin du contrat de travail, etc...)

- Pièce à joindre : **copie de la CNI**

À ADRESSER en lettre recommandée avec AR à l'adresse suivante :
SPSTI 16 – 83 rue des Simes – ZI n°3 – 16340 L'ISLE D'ESPAGNAC