

AUTORISATION DE TRANSFERT DE DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e) :

Demeurant

.....

Né(e) le

Employeur précédent :

Employeur actuel :

Autorise le transfert de mon dossier médical ou l'envoi d'une fiche de liaison au :

Dr Nicole THOREY (*)
Dr Coralie DELMOTTE (*)
Médecine Préventive
CDG10
2 rond point Winston Churchill
10300 Sainte Savine

Où je serai désormais suivi.

Signature,

(*) entourez le nom du médecin du travail en charge de votre collectivité/établissement