

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

N° de dossier :

Tél :
Courriel :

A _____, le _____

à

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU MINISTERE DE LA DEFENSE
Service des statuts et de la réglementation des ressources humaines
Service des Pensions et des Risques Professionnels
SUIVI MEDICAL POST-PROFESSIONNEL
BP 60000
17016 LA ROCHELLE CEDEX 1

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e), _____ radié(e) des contrôles/cadres le _____ demande
l'étude de mes droits au bénéfice du suivi médical post- professionnel.

Je joins à ma demande une attestation d'exposition à une substance cancérogène. **(une attestation par type d'exposition, aucun autre document ne sera accepté) ainsi qu'un justificatif d'inactivité.**

Cette attestation a été renseignée, datée et signée par mon employeur (recto de l'attestation) et par le médecin de prévention (verso de l'attestation).

Je vous précise également les coordonnées de mon médecin traitant :

- Docteur _____
- Adresse : _____
- Courriel : _____
- Tél : _____

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

SIGNATURE