

Date de naissance :

N° de dossier :

N° 393/ARM/SGA/ DRH-MD/SRRH/SPRP/BPRU

Tél : _____

Courriel :

A _____, le _____

à

SERVICE DES PENSIONS ET DES RISQUES PROFESSIONNELS
BP 60000
17016 LA ROCHELLE CEDEX 1

Madame, Monsieur,

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

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

Cette attestation a été renseignée, datée et signée par mon dernier employeur (renseignements techniques/administratifs) et par le médecin de prévention (renseignements médicaux).

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