



DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

FE-MED 1-2024 V1

SPSTI BTP de Bourgogne Franche-Comté

A l'attention du docteur

Adresse du centre habituel de visite

.....

.....

.....

Objet : DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

(article L. 4624-2 du Code du travail, articles L. 1110-7 et L. 1111-7 du Code de la Santé publique)

Courrier envoyé en AR n°

Date de la demande :

Je soussigné(e),

M / Mme / Mlle.....

(nom, prénom : pour les femmes mariées, ajouter le nom de jeune fille)

Né(e) le..... Tel. :

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 :

Domicilié(e)

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Siège social : 3 Chemin du Cerisier – BP 1963 -25020 BESANCON CEDEX

Tél. 03.81.41.98.50 - Adresse mail : contact@btpsanteprevention-bfc.fr – Site Internet : www.sstbtp-besancon.fr

établi(s) par le Service de Prévention et de Santé au Travail interentreprises du BTP de BFC (*cocher la case adaptée*) :

- 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 sur place** au sein du Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises du BTP de BFC (*Prendre rendez-vous avec le Service*)
- Remise des copies sur place** au sein du Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises du BTP de BFC (*Prendre rendez-vous avec le Service*)
- Envoi postal des copies** à l'adresse du demandeur mentionnée ci-dessus
- Envoi postal des copies au médecin désigné** :
Docteur (nom, prénom, adresse)
-
-

Dans le cas de la demande du dossier d'un salarié décédé (s'il ne s'y est pas opposé de son vivant), **indiquer le motif de la demande** :

- Communication nécessaire pour connaître les causes de la mort,
- Communication nécessaire pour défendre la mémoire du défunt,
- 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 peuvent être à la charge du demandeur (notamment en cas de demande récurrente),
- 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.

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

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

- Pièce à joindre dans tous les cas : copie de la CNI du demandeur
- Pièces complémentaires à joindre pour les ayants-droits ou représentants légaux :
 - Représentant légal d'un salarié mineur : copie du livret famille

- Représentant légal d'un salarié sous tutelle : copie du jugement des tutelles désignant le tuteur
- Ayant-droit d'un salarié décédé : certificat d'hérédité ou copie du livret de famille

Signature du demandeur :