



Santé au Travail

A ADRESSER en lettre recommandée avec AR à l'adresse suivante :
AST87 – 6 rue Voltaire, CS 51223, 87054 LIMOGES Cedex

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Identité du demandeur

Je soussigné(e) Mme/M.

NOM Prénom :

Né(e) le :

.....

Domicilie(e) :

Agissant en tant que :

Salarié(e)

Représentant légal de : (nom-prénom)

Ayant-droit de :

Né(e) le

Décédé(e) le

MOTIF : si le salarié dont le dossier demandé est décédé, préciser en quelques lignes le motif de la demande de communication (recherche des causes de la mort, défense de la mémoire du défunt, faire-valoir les droits des ayants-droits....) :

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

Demande la communication des documents suivants :

Document(s) à préciser :

Dossier dans son ensemble

Transmission selon l'UNE des modalités suivantes :

Je demande l'envoi postal à mon domicile,

OU

Je désigne le Docteur (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques), comme intermédiaire :

Pour toute demande, joindre au présent formulaire une photocopie de la **pièce d'identité** du demandeur (carte d'identité ou passeport)

Pour toute demande formulée par un représentant légal, joindre en plus une **copie du livret de famille** ou le cas échéant une copie de **l'ordonnance rendue par le juge des tutelles**

Pour toute demande formulée par un ayant-droit, joindre en plus une **copie de l'acte de décès** du patient et toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant-droit.

Date et signature :