

SOLLICITATION D'UNE VISITE

À LA DEMANDE DE L'EMPLOYEUR

VOS INFORMATIONS

Collectivité / Établissement public :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

N° Portable :

Adresse :

Grade :

Service :

Statut (titulaire, stagiaire, contractuel, apprenti) :

VOTRE DEMANDE

Date d'arrêt de travail :

Motif(s) de votre demande :

Date de reprise envisagée :

Vos disponibilités ou contraintes horaires :

(les visites «à la demande» ont lieu sur Luisant, dans les locaux du CDG) :

Rappel de la réglementation en vigueur : « l'administration peut demander au médecin du travail de recevoir un agent. Elle doit informer l'agent de cette démarche. ».

Merci d'adresser ce formulaire complété, par courriel, accompagné des justificatifs médicaux si nécessaire à l'adresse : medecine.preventive@cdg28.fr.

Date :

Signature :

