

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR UN AYANT DROIT

Articles L 1111-7 et 1112-1 du Code de Santé Publique

IDENTITÉ DE L'AYANT DROIT

Nom : Adresse:

Nom de naissance :

Prénom : Mail :

Date de naissance : Téléphone :

IDENTITÉ DE LA PERSONNE POUR QUI VOUS RÉALISEZ LA DEMANDE

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

MOTIF DE LA DEMANDE

- ☐ Faire valoir ses droits
- ☐ Défendre la mémoire du défunt
- ☐ Connaître les causes du décès
- ☐ Autre:

MODALITÉS DE COMMUNICATION

- ☐ Consultation sur place
- ☐ Envoi des reproductions à votre adresse
- ☐ Envoi du dossier à un médecin, précisez les coordonnées : NOM : Adresse complète :
- ☐ Remise du dossier en main propre

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

- ☐ Copie d'une pièce nationale d'identité (si manquante, la demande ne pourra pas être traitée)

Je suis informé(e) du caractère strictement personnel des informations contenues dans mon dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

Fait à : Le:

Signature :

A imprimer et retourner par le demandeur à l'une des adresses suivantes :
sante-travail@gasbtp.com ou **sante-travailesistbtp-lorraine.fr**