

## DEMANDE D'ACCES DU SALARIE A SON DOSSIER MEDICAL SANTE TRAVAIL

Demande accès au dossier médical - FOR 30-03-22 V01.0.doc

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades pour l'accès aux informations concernant sa santé détenues par des professionnels de la Santé

Je soussigné(e),

né(e) le

demeurant

et joignable au

Adresse mail :

Demande à avoir accès aux informations contenues dans mon dossier médical pour la période de mon

activité en tant que salarié(e) du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de la société (nom et adresse)

\_\_\_\_\_ suivie par le docteur (facultatif) \_\_\_\_\_ au centre (facultatif) \_\_\_\_\_

Selon les modalités suivantes :  1. Consultation sur place

2. Remise au sein du Service

3. Par courrier ARR (merci de joindre une photocopie de votre pièce d'identité)

Tout le dossier

Une partie du dossier, période : \_\_\_\_\_

Souhaite faire parvenir une copie de mon dossier médical santé travail à un médecin de mon choix,

indiquez: Nom et prénom du médecin : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Cas particulier : si le salarié bénéficie d'une tutelle, indiquez le nom et les coordonnées du tuteur légal :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Conditions d'accès aux informations du dossier médical

- 1- Vous devez remplir ce formulaire le renvoyer directement à votre secrétariat médical actuel ou au siège social : **SST DE L'AIN - 280 AVENUE SAN SEVERO CS 20194 - 01005 BOURG EN BRESSE CEDEX**, qui le transmettra rapidement au médecin concerné par mail afin d'établir une copie du dossier médical dans le respect des délais légaux.
- 2- Concernant les modalités vous serez convoqué par le médecin du travail. Cette copie vous sera remise en mains propres contre présentation d'une pièce d'identité et signature de l'attestation de restitution.
- 3- Si vous désirez qu'une copie du dossier soit communiquée à un médecin de votre choix, celle-ci lui sera envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception

J'autorise un des médecins du service de santé au travail de l'Ain à accéder à mon dossier informatique.

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions concernant l'accès aux informations médicales, ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature du demandeur Le

« lu et approuvé »