



BTP santé au travail

DEMANDE DE TRANSFERT DE LA COPIE DU DOSSIER MEDICAL

**Ce document signé doit être adressé au service
médical qui suivait le salarié précédemment.**

Je, soussigné(e) **NOM** : **PRENOM** :

Né(e) le :/...../.....

demande le transfert de la copie de mon dossier médical à l'attention de :

Docteur
BTP Santé au Travail
71 Avenue Galline
CS 50093
69626 Villeurbanne Cedex

Ancien employeur :

Fait le :/...../.....

Signature du salarié :
(précédée de la mention
« lu et approuvé »)