SSTMC
Votre partenaire Prévention

VISITE DE POST-EXPOSITION

DEMANDE DE VISITE POST-EXPOSITION

Merci de bien vouloir remplir ce formulaire et de le retourner complété
par mail à contact.muret@sstmc.fr ou au secrétariat du médecin

Date : .....

Je soussigné *(nom et prénom du responsable)* ....

Employeur de l'entreprise ou structure : .....

N° Adhérent : ..... Suivie par le Docteur : .....

Demande une **visite post-exposition** pour le salarié / agent suivant :

Nom : ..... **Prénom** : ..... **Sexe :** ☐ **M** ☐ **F**

Poste de travail : .....

Date effective de départ / mise à la retraite ou fin d'exposition : .....
Indiquez la date du dernier jour de présence réelle dans la structure, en prenant en compte les congés et absences prévus

Cachet de l'entreprise **Signature**