

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UN SUIVI MEDICAL
POST-PROFESSIONNEL PAR L'AGENT**

Lettre adressée au service RH

Je soussigné (e) ⁽²⁾

Nom, Nom Marital, Prénom :

Date de naissance :

Demeurant à :

demande à bénéficier des dispositions du décret n°2009-1547 et du décret n°2015-567 concernant le suivi médical post-professionnel des agents de l'État ayant été exposés à l'amiante ou aux CMR et notamment de la prise en charge des frais médicaux résultant de ce suivi selon l'attestation d'exposition qui m'a été fournie⁽¹⁾

Je vous informe que la date de ma cessation d'activité est le :⁽²⁾

À ma cessation d'activité ma résidence sera : ⁽²⁾

Je m'engage par ailleurs à vous signaler mes éventuels changements d'adresse.

Si ma demande est acceptée, je vous remercie de me faire parvenir les documents nécessaires à la prise en charge de ce suivi.

Je vous informe que ce suivi médical sera effectué⁽¹⁾

- par le médecin de prévention
- par mon médecin dont voici les coordonnées : ⁽²⁾

Fait le (date et signature) ⁽²⁾

PJ

- Attestation exposition
- Documents attestant ma cessation d'activité

⁽¹⁾ *Rayer les mentions inutiles*

⁽²⁾ *A compléter*