



**CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE
TERRITORIALE DE LA DROME**

260, Rue du Toueur – Ile Girodet
BP 1112
26011 VALENCE CEDEX

DEMANDE DE CONSULTATION DE DOSSIER AUPRÈS DU CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE

CONSEIL MEDICAL FORMATION PLENIERE

Dossier suivi par : Nathalie COSTA

Tel: 04 75 83 27 36

cm.pleniere@cdg26.fr

Je soussigné(e) M./Mme :

Grade :

Employeur :

Demande à consulter mon dossier médical auprès du Conseil médical de la formation plénière

Demande que mon dossier médical (*1) soit envoyé à mon médecin traitant, aux coordonnées suivantes :

Docteur :

Adresse :

(*1) Préciser la nature du document ainsi que sa date :
.....
.....
.....

Demande à recevoir directement mon dossier médical (*2) :

en mains propres

à l'adresse suivante :
.....
.....
.....

(*2) Préciser la nature du document ainsi que sa date :
.....
.....
.....

Je déclare avoir été informé(e) au préalable :

- que cette expédition se fera par courrier simple,

- que je pourrais éventuellement rencontrer des difficultés concernant l'interprétation des pièces médicales et être confronté(e) à la révélation de certaines informations.

JE JOINS A LA PRÉSENTE UNE PHOTOCOPIE RECTO-VERSO D'UNE PIÈCE ATTESTANT DE MON IDENTITÉ.

Fait à :

Signature :

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