

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU MINISTERE DE LA DEFENSE

Service des statuts et de la réglementation des ressources humaines

Service des pensions et des risques professionnels

Suivi Médical Post-Professionnel

BP 60000

17016 LA ROCHELLE Cedex 1

Je soussigné(e)

NomNom de jeune fille.....Prénom

Né(e) le/...../..... à

Adresse :.....
.....

Code postal : Ville.....

Téléphone :

Mail.....

Demande à bénéficier de la surveillance médicale post-professionnelle en lien avec mon exposition à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour reproduction (C.M.R.), et notamment de la prise en charge des frais médicaux résultant de ce suivi.

Je vous informe que la date de ma cessation de fonction est le :/...../.....

J'atteste sur l'honneur ne pas exercer d'activité professionnelle (cocher la case).

Fait à : le :/...../.....

Signature

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE :

- Copie lettre adressée au BMM et restée sans réponse
- Copie du Questionnaire
- Document attestant la cessation d'activité
- Copie Recto verso pièce d'identité valide