

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU MINISTERE DE LA DEFENSE

SOUS-DIRECTION DES PENSIONS

Bureau des invalidités, des réversions et du contentieux

SUIVI MEDICAL POST-PROFESSIONNEL

5 PLACE DE VERDUN

BP 60000

17016 LA ROCHELLE CEDEX 1

Je soussigné(e)

NomNom de jeune fille.....Prénom
.....

Né(e) le/...../..... à
.....

Demeurant :

Adresse :
.....

Code postal : Ville
:.....

Téléphone : Mail :
.....

N° de dossier sous-direction des pensions : Y..... ou X.....

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 demande d'attestation au BMM Toulon
- Document attestant la cessation d'activité