

DESTINATAIRE

DPMM/PM3/CMI
BCRM Toulon BMM BP 413
Section suivi des anciens Marins
83800 Toulon Cedex 9

Adresse mail : dpmm-pm3-bmm-sectionanciensmarins.contact.fct@intradef.gouv.fr

..... le

O B J E T : Demande d'attestation d'exposition aux agents CMR **HORS AMIANTE**.

P. JOINTES : Photocopie recto-verso pièce d'identité.
Justificatif de domicile de moins de 3 mois.

Commandant

Je vous prie de bien vouloir m'adresser une attestation d'exposition aux agents CMR*
suivants :

.....
.....

nécessaires à une demande de Suivi Médical Post Professionnel.

* Précisez le nom de l'agent CMR

NOM et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :
.....

Téléphone :

Mail :

Matricule :

Grade et Spé :

Date de RCA :

Acceptez, Commandant, à l'expression de ma considération distinguée.

Signature