

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 l'amiante 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 ://.....

Fait à : le ://.....

Signature

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE :

- Lettre d'acceptation ou de refus de l'attestation
- Questionnaire