



Service médecine préventive
medecine.preventive@cdg28.fr

Autorisation de transfert de dossier médical

Nom (nom de naissance suivi du nom marital) de l'agent :

Prénom de l'agent :

Date de naissance :

Adresse :

.....

(Joindre la copie de la pièce d'identité)

Employeur :

J'autorise le service de Santé au travail (indiquer le nom du service) :

.....

A transférer mon dossier médical de façon intégrale, sous quelque forme que ce soit (papier ou informatique) et quelque soit son lieu de stockage (sur site ou externalisé) au :

Docteur Xavier BOUTILLON
Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale d'Eure-et-Loir
Maison des Communes – 9 rue Jean Perrin –
28600 LUISANT

Fait à

Le

Signature de l'agent