|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTITE DU DEMANDEUR** | | |
| ***Si personne civile*** | | |
| **Civilité :** | Madame  Monsieur |
| **Prénom et NOM :** |  |
| **Date de naissance :** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postale** |  |
| **Ville** |  |
| **N° de téléphone :** |  |
| **Adresse e-mail :** |  |
| **Titre :** | Salarié titulaire du dossier  Représentant légal  Ayant droit |
| ***Si professionnel de santé*** | |
| **Civilité :** | Docteur |
| **Prénom et NOM :** |  |
| **Etablissement :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Code postale :** |  |
| **Ville :** |  |
| **N° de téléphone :** |  |
| **Adresse de messagerie sécurisée de santé :** |  |
| **N° RPPS :** |  |

|  |
| --- |
| JUSTIFICATIF A JOINDRE A LA DEMANDE |
| Le formulaire de demande d’accès au dossier médical doit obligatoirement être accompagné d’une pièce justifiant de l’identité du salarié en cours de validité. Cette pièce d’identité doit être vérifiée, et restituée ou détruite.  Les pièces justifiant de l’identité d’une personne sont les suivantes : carte d’identité, passeport et titre de séjour.  Pour toute demande effectuée par un représentant légal ou professionnel de santé, joindre à cette demande tout document justifiant de pouvoir retirer le dossier médical (attestation du salarié, mesure de protection juridique, certificat de décès du salarié…) |

Je souhaite que le dossier médical me soit transmis :  par e-mail  par LRAR

En mains propres

|  |
| --- |
| SIGNATURE DU DEMANDEUR |

Date :      /     /      Signature :

**PROCURATION**

Je soussigné(e),

né(e) le  à

et domicilié(e)

désigne la personne de confiance citée ci-dessous à demander et à obtenir une copie complète / partielle de mon dossier médical :

Civilité :  Madame  Monsieur  Docteur

Prénom et NOM :

Fait à , le

Signature :