DECLARATION DE MALADIE CONTRACTEE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS

MALADIE PROFESSIONNELLE (1) MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE (1)

Dossier instruit à l'initiative (1) : du médecin du travail (AP-HP).
du médecin traitant.

Etablissement :.....
(Siège, hôpital ou service général)

Je soussigné, M .....
(Identification de la victime : Nom patronymique, prénom, nom marital)

Né(e) le ....., à .....

N° de sécurité sociale __ ____ ____ ____ ____ ____/ ____

Domicilié(e) .....

Déclare être atteint de (ou que la victime est atteinte de) (2).....Tableau n° .....
(en cas de maladie professionnelle)

Date de la première constatation médicale diagnostiquant la maladie
ou, l'éventuel arrêt de travail .....

CADRE A COMPLETER CONJOINTEMENT PAR LE SITE GESTIONNAIRE ET L'AGENT

Nom du site gestionnaire : ..... Contractuel de droit public : ☐

Identifiant GIPSIE : ..... Grade : ..... Stagiaire : ☐

Service d'affection : .....Titulaire : ☐

Date d'entrée à l'AP-HP : ..... Date d'entrée dans les fonctions : .....

Emplois antérieurs exposant au risque de maladie professionnelle

(y compris les emplois occupés avant l'entrée à AP-HP)

RAISON SOCIALE ET ADRESSE DES EMPLOYEURS, HOPITAUX ET SERVICES	NATURE DU POSTE OCCUPE	PERIODE du au

Si nécessaire joindre en feuille annexe la suite des emplois antérieurs exposant au risque.

Ci-joint un certificat médical (en triple exemplaire) établi par le docteur .....

..... le .....

Nom, prénom, qualité et ..... Fait à ..... le .....
Adresse du signataire ..... Signature :

si le déclarant n'est pas la victime

(1) Rayer la mention inutile
(2) Nom de la maladie mentionnée sur le certificat médical initial.