

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Identité du demandeur

Je soussigné(e) Mme/M

NOM Prénom :

Né(e) le :

.....

Domicilie(e) :

Agissant en tant que :

Salarié(e)

Représentant légal de : (nom-prénom)

Ayant-droit de :

Né(e) le

Décédé(e) le

MOTIF : si le (la) salarié(e) dont le dossier demandé est décédé(e), préciser en quelques lignes le motif de la demande de communication (recherche des causes de la mort, défense de la mémoire du défunt, faire-valoir les droits des ayants-droits ...) :

.....
.....
.....
.....
.....

Demande la communication des documents suivants :

Document(s) à préciser :

Dossier dans son ensemble

Transmission selon l'UNE des modalités suivantes :

Je souhaite consulter sur place au sein du SPSTI23/87 (Prendre rendez-vous avec le cabinet médical)

OU

Je demande l'envoi postal à mon domicile,

OU

Je désigne le Docteur (nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques), comme intermédiaire :

Pour toute demande, joindre au présent formulaire une photocopie de la **pièce d'identité** du demandeur (carte d'identité ou passeport).

Pour toute demande formulée par un représentant légal, joindre en plus une **copie du livret de famille** ou le cas échéant une copie de **l'ordonnance rendue par le juge des tutelles**.

Pour toute demande formulée par un ayant-droit, joindre en plus une **copie de l'acte de décès** du patient et toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant-droit.

Date et signature :

