



## Formulaire - droit d'accès aux données à caractère personnel

NOM DU SALARIE : .....

PRENOM DU SALARIE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....SALARIE DE L'ENTREPRISE : .....

NOM DU REPRESENTANT LEGAL pour des personnes mineures non émancipées ou sous tutelle ou sous curatelle / AYANT DROIT en cas de demande post-mortem : .....

.....

NOM DU MEDECIN DESIGNE POUR L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL.....

Madame, Monsieur,

En application des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique et de l'article 15 du Règlement général sur la protection des données (RGPD), je vous remercie de

**[veuillez indiquer votre choix]**

- m'adresser à l'adresse postale : .....
- me remettre en main propre
- me mettre à disposition pour consultation sur place

une copie de l'ensemble des données me concernant qu'elles soient conservées sous forme papier ou sur support informatique (ainsi que la signification des codes, sigles ou abréviations éventuellement utilisés).

**Vous trouverez en pièce jointe un justificatif de mon identité et de ma qualité** (de représentant ou de médecin désigné pour l'accès au dossier médical).

Je vous remercie de me faire parvenir votre réponse dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai de huit jours, concernant mon dossier médical en santé au travail, pour satisfaire ma demande. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à : .....

Le : .....

Signature

Signature
-----------