



Demande d'accès au Dossier Médical en Santé au Travail

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Je soussigné(e), Nom d'usage

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code Postal VILLE

Mail :

Tél. :

En Qualité de :

Personne concernée

Tuteur

Ayant droit (*)

Médecin désigné comme intermédiaire

Concubin ou pacsé (*)

Mandataire

Personne ayant l'autorité parentale

Demande l'accès aux informations

me concernant

concernant une tierce personne

Nom d'usage

Nom de jeune fille

Prénom

Lien de parenté

Date de naissance Date de décès le cas échéant :

Dernier employeur connu :

(*) Si qualité d'ayant droit : motif de la demande

connaître la cause du décès

faire valoir vos propres droits

défendre la mémoire du défunt

autre motif

NATURE DE LA DEMANDE

ensemble du dossier

pièces particulières du dossier. Préciser :

.....

MODALITES DE COMMUNICATION

➤ Vous êtes la personne concernée :

dépôt sur le portail salarié

remise en main propre contre décharge

à un médecin : Préciser son Nom :

Adresse de messagerie sécurisée :

➤ Vous n'êtes pas la personne concernée :

- remise en main propre contre décharge
- envoi postal recommandé (avec avis de réception) à votre domicile

INFORMATION COMPLEMENTAIRE

Délai de traitement (à compter de la date de réception de la demande dûment justifiée) :

- de 48h à 8 jours pour les informations datant de cinq ans et moins
- au plus tard deux mois pour les informations datant de plus de cinq ans

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

QUALITE DU DEMANDEUR	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
La personne concernée	- Pièce d'identité
Ayant droit en cas de décès de la personne (Héritier, conjoint survivant, légataire universel)	- Justificatif d'identité - Justificatif du statut d'ayant droit - Justificatif du décès de la personne - Motif précis de la demande (Le médecin saisi de la demande s'assure que le patient n'a pas exprimé d'opposition avant son décès)
Personne ayant autorité parentale pour les mineurs	- Pièce d'identité - Justificatif de l'autorité parentale (Le médecin saisi de la demande s'assure de l'accord du mineur)
Tuteur	- Pièce d'identité - Justificatif de la qualité de tuteur (Le médecin saisi de la demande s'assure de l'accord du mineur)
Mandataire (Ne peut avoir de conflits d'intérêts et défendre d'autres intérêts que ceux du mandant)	- Justificatif d'identité - Courrier ou formulaire dûment complété du demandeur de la personne ayant autorité parentale ou tuteur ou des ayants droits en cas de décès accompagné des justificatifs indiqués ci-dessus
Médecin désigné par le demandeur	- Justificatif d'identité - Accord du patient, de la personne ayant autorité parentale ou tuteur ou des ayants droits en cas de décès accompagné des justificatifs indiqués ci-dessus

Date :

Signature

Document à retourner avec les pièces justificatives (voir tableau ci-dessus) :

Par mail : qualite@satduranceluberon.fr

ou

Par courrier : **SAT Durance Luberon - BP 10039 – 84301 CAVAILLON Cédex**