# *Logo de votre collectivité*

**Nom et téléphone de votre collectivité**

 **Lieu et date : ……………………**

**Demande de transfert de dossier médical**

Nom du salarié : ………………………

Prénom du salarié: …………………….

Date de naissance: …………………….

Madame, Monsieur,

Je souhaite que mon dossier médical soit transféré au Pôle Médico-social de **la Direction Santé et conditions de travail du Centre de Gestion** à l'adresse suivante :

**Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Pyrénées-Atlantiques**

**Maison des Communes – Cité administrative – Rue Auguste Renoir – 🖂 CS 40609 –**

 **64006 PAU Cedex**

Vous remerciant, je vous prie de croire en ma considération distinguée.

 Signature du salarié