# *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 Service Santé au Travail de **Nom du nouveau service de Santé au travail** à l'adresse suivante :

**Adresse du Service de Santé au travail où le CDG doit envoyer les dossiers médicaux**

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

 Signature du salarié