

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Décret du 17 juin 1938 modifié

DEMANDE À ÉTABLIR EN DEUX EXEMPLAIRES, LE DÉCLARANT EN CONSERVE UN

PREMIÈRE DEMANDE OUI NON SI NON, DATE DE LA 1^{ère} DEMANDE |__| |__| |____|

IDENTITÉ DE LA VICTIME

NOM DE NAISSANCE ET PRÉNOMS
 NOM D'USAGE
 N° DE SÉCURITÉ SOCIALE |_____| |__|
 N° D'IDENTIFICATION |_____| |__| |_____|
 ADRESSE
 CODE POSTAL |_____|
 COMMUNE..... PAYS

NATURE DE LA MALADIE

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE ÊTRE ATTEINT QUE LA VICTIME EST ATTEINTE
 DE
 DATE DE LA 1^{ère} CONSTATATION MÉDICALE |__| |__| |_____|
 OU ÉVENTUELLEMENT DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

DERNIER EMPLOYEUR DE LA VICTIME (POUR LES SALARIÉS)

NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE
 ADRESSE
 CODE POSTAL |_____|
 COMMUNE..... PAYS
 N° TÉLÉPHONE (FACULTATIF) |_____| |_____|

DURÉE DE L'EXPOSITION

EMPLOIS SUCCESSIFS AYANT EXPOSÉ LA VICTIME AU RISQUE DE LA MALADIE

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS	PÉRIODES		FONCTION OCCUPÉE
	DU	AU	
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DÉCLARANT (SI AUTRE QUE LA VICTIME)

NOM DE NAISSANCE ET PRÉNOMS
 NOM D'USAGE
 DATE DE NAISSANCE |__| |__| |_____| LIEN DE PARENTÉ.....
 ADRESSE
 CODE POSTAL |_____|
 COMMUNE..... PAYS

FAIT À.....
 LE |__| |__| |_____|

SIGNATURE