20, rue des 3 Châteaux – 68000 COLMAR
03 89 80 67 97 – 03 89 79 72 53
https://www.apst68.fr

DEMANDE DE VISITE NON PERIODIQUE A L'INITIATIVE DU SALARIE
Formulaire à retourner pour une programmation du RDV

Identification du/de la salarié(e) :

NOM ……**Prénom** ……

Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__/__/

Adresse postale……

……

N° Téléphone : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Entreprise : ……

Poste de travail occupé : ……

Cochez une seule des deux cases :

☐ **Je suis en arrêt de travail : il s'agit d'une visite de pré reprise**

- Arrêt de travail : Date début …… Date fin ……

- **Je m'oppose à ce que mon employeur soit informé de l'organisation de la visite**

☐ **NON** ☐ **OUI** *(à cocher impérativement)*

*NB : Si vous cochez **oui,** votre employeur n'est pas prévenu de votre visite. Le médecin du travail ne pourra pas émettre d'avis ou de préconisation à votre employeur et vous ne pourrez pas être dispensé de visite de reprise.*

☐ **Je travaille : il s'agit d'une visite à la demande du salarié**

- **Je m'oppose à ce que mon employeur soit informé de l'organisation de la visite**

☐ **NON** ☐ **OUI** *(à cocher impérativement)*

*NB : Si vous cochez **oui,** votre employeur n'est pas prévenu de votre visite et vous venez en dehors de votre temps de travail. Sachez que, dans ce cas, le médecin du travail ne pourra pas émettre d'avis ou de préconisation à votre employeur.*

MOTIF (obligatoire) :

Date : /_ /_ /_ /_ /_ /_ /_ /_ /

Signature du demandeur (nom en clair + signature) :