

Levée partielle du secret professionnel

J'accepte que mon médecin fournisse à mon employeur (service des ressources humaines et supérieur hiérarchique) des informations concernant les restrictions au travail, les particularités relatives au comportement de gestion et le pronostic (pas de diagnostic, pas de résultats d'examens).

Salarié(e) :

Nom :	Prénom :
Rue :	Code postal, ville :
Sexe (H/F) :	Date de naissance :

Activité professionnelle actuelle :

Intitulé du poste :	Principales activités :
Responsabilité de direction (oui/non) :	
Taux d'occupation (en %) : ou temps de travail (heures/semaine) :	

Médecin traitant :

Nom :	Prénom :
E-mail :	Numéro de téléphone :

Supérieur hiérarchique :

Nom :	Prénom :
Fonction :	Numéro de téléphone :

Personne de contact au service du personnel :

Nom :	Prénom :
E-mail :	Numéro de téléphone :

Signature de l'employé(e) :

Date :	Signature :
--------	-------------