

***Demande d'accompagnement
Par la Cellule Prévention de la Désinsertion Professionnelle (CPDP) par
salarié, entreprise ou partenaire***

A la demande du salarié de l'entreprise d'un partenaire
Coordonnées (NOM- Mail-Tel) :

Merci de remplir les champs ci-dessous le plus précisément possible

Nom du salarié concerné :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone portable :

Adresse mail salarié :

N° Sécurité sociale :

Adresse salarié :

Nom de l'entreprise :

Numéro d'adhérent :

Emploi déclaré :

Médecin du travail rattaché :

Centre de rattachement :

Type de contrat : CDI CDD Apprentissage/ professionnalisation/ alternance fonction publique

Date d'embauche :

Consentement du salarié pour l'orientation vers la cellule Prévention de la désinsertion professionnelle : Oui Non

Attention, penser à joindre la fiche du consentement du salarié signée (fin du document)

Eligibilité loi 2005 (BOETH) : Oui En cours Non ne sait pas

⇒ Si oui à quel titre : RQTH Pension d'invalidité Rente AT/MP AAH

Date de la dernière visite médicale :

Dernière restriction d'aptitude au poste :

Description de la situation (personnelle, de travail et problématique rencontrée) :

Objectifs souhaités :

Situation actuelle : En poste Temps partiel thérapeutique jusqu'à :

En arrêt maladie depuis: En arrêt suite AT/MP depuis : date de fin d'arrêt connue :

Date :

Signature et cachet de l'entreprise / ou salarié / partenaire

Recueil de consentement du salarié

Je, soussigné _____ ,

donne mon accord pour:

que le Docteur transmette des informations concernant ma situation de travail et mon problème de santé à la Cellule Prévention de la désinsertion Professionnelle et le cas échéant au secrétariat du médecin du travail.

Être contacté et/ou rencontrer le ou les intervenants de la Cellule PDP

ne donne pas mon accord

NB

*Aucune information vous concernant ne sera transmise à votre employeur sans votre accord.

*Vous avez la possibilité à tout moment de refuser ce qui vous est proposé.

*Vous avez la possibilité de recontacter ultérieurement le médecin du travail pour une nouvelle demande.

Fait le _____ ,

Signature