



CONSEIL MÉDICAL FORMULAIRE DE SAISINE – RECOURS CMS

Collectivité

* Raison sociale : _____

* Personne en charge du dossier – Nom et Prénom : _____

* Téléphone : _____ * Mail : _____

* Médecin du travail : _____

* À _____

* Le _____

* Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité

1

Agent

* Nom d'usage : _____ * Nom de naissance : _____

* Prénom : _____

* Date de naissance : _____ * Lieu de naissance : _____

* Téléphone : _____ * Mail : _____

* Adresse postale : _____

* Médecin traitant : _____

NB : * = champs obligatoires

Tout ce qui est adressé par l'autorité territoriale au conseil médical est susceptible d'être consulté par l'agent concerné par la saisine dans les conditions prévues par l'article 7 du décret 87-602 du 30 juillet 1987.

Les informations collectées sur ce formulaire sont destinées au service du secrétariat du conseil médical afin d'assurer l'organisation des séances de cette instance. Elles sont conservées le temps nécessaire au traitement du dossier conformément à la Loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD2016/679). Vous pouvez consulter le site www.cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Vous pouvez exercer votre droit d'accès en vous adressant au Délégué à la Protection des Données du CDG16 : dpo@cdg16.fr.

