**DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER MEDICAL**

Je soussigné(e) ……………………………………………………………...........

né(e) le …../….../…………

à ………………………………………………………………………………….

demande au Docteur……………………………, médecin du travail en charge la surveillance médicale des agents du …………………………………… *(collectivité / administration)*, de transmettre mon dossier médical au Docteur ………………………, médecin du service de médecine préventive du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Manche.

Fait à ……………….., le …../…../……….

Signature :