

FORMULAIRE DE RECOURS

RECOMMANDE

Date :

Au médecin-inspecteur du travail
Inspection médicale

Recours contre la décision du conseiller en prévention-médecin du travail

Service pour la prévention et la protection au travail :

Employeur :

A l'attention du médecin-inspecteur du travail

Ayant pris connaissance de la décision notifiée le _____ par le conseiller en prévention-médecin du travail attaché au service pour la prévention et la protection du travail précité, je vous informe que j'introduis un recours contre ladite décision.

J'ai prié le Docteur _____, à _____ de vous adresser les conclusions médicales qu'il estimera devoir formuler à mon sujet.

Signature

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse personnelle : _____