



## DEMANDE D'UN EXAMEN MEDICAL APRES CONGE SANS TRAITEMENT DEPASSANT LA DUREE D'UN AN

### 1. Saisie

#### Personne à examiner

Nom et prénom(s):

Matricule:

Adresse privée:

Téléphone:

Email:

Statut:

Fonctionnaire

Employé(e)

Travailleur handicapé/reclassé:

Oui (\*)

Non

#### Poste de travail:

Administration:

Service d'affectation, Adresse:

Responsable compétent :

Nom:

Téléphone:

Email:

Fax:

\* documents à présenter au médecin du travail au moment de l'examen: rapport médical détaillé, lettre de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé



Veillez saisir une seconde fois le nom et le matricule de la personne à examiner:

Nom et prénom(s):

Matricule:

### Poste de travail:

---

CITP-08:

Poste de travail:

Missions:

Risques:

Date d'entrée en fonction:

## 2. Signature

Lieu:

Date:

Nom et signature  
du responsable:

### Cadre réservé à la Division de la santé au travail

Prière de remettre au candidat la fiche d'informations pratiques et le questionnaire médical.

Et de lui communiquer le rendez-vous:

Date:

Heure:

## Protection des données à caractère personnel

Le formulaire que vous allez nous soumettre dans le cadre de votre demande contient des informations à caractère personnel. Ces informations seront enregistrées dans le système d'information de l'Administration des services médicaux du Secteur public. Ces données seront traitées et conservées pendant la période nécessaire à l'exécution de nos obligations.

Pour plus de détails concernant la gestion de vos données personnelles (conformément au [Règlement \(UE\) 2016/679](#) dit « RGPD ») et pour exercer vos droits en la matière, nous vous prions de prendre connaissance de la notice RGPD de l'ASM, disponible en cliquant sur le lien suivant : [Protection des données personnelles - Administration des services médicaux du secteur public - Ministère de la Fonction publique // Le gouvernement luxembourgeois.](#)