



## 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 notre système d'information par l'Administration des services médicaux du Secteur public dans le cadre de l'examen de reprise. Ces données seront traitées et conservées pendant la période nécessaire à l'exécution de nos obligations.

Conformément au [Règlement \(UE\) 2016/679](#) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous avez un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation de traitement de vos données ainsi qu'un droit d'opposition et un droit à la portabilité de vos données.

Pour exercer l'un de vos droits, vous pouvez envoyer un courriel à notre délégué à la protection des données : [dpo@mfp.etat.lu](mailto:dpo@mfp.etat.lu), ou par courrier recommandé à :

Le délégué à la protection des données  
10, avenue John F. Kennedy  
L-1855 Luxembourg  
Tél : 247-83188  
Fax : 26 48 16 63

En soumettant ce formulaire, vous acceptez que vos données personnelles soient traitées dans le cadre de votre demande.