AUTORISATION PERMETTANT LA CONSULTATION DE MON DOSSIER MÉDICAL

POUR LA SÉANCE DU CONSEIL MÉDICAL EN FORMATION PLÉNIÈRE

du ..... *(date à compléter impérativement)*

Le présent document est à remettre par l'agent au représentant syndical désigné par ses soins et à qui il appartient de prendre rdv auprès du secrétariat du conseil médical au 05 59 90 03 90

Je soussigné(e), Mme / M. ……, employé(e) par …… *(nom de la collectivité ou de l'établissement employeur)* donne **l'autorisation**, dans le cadre de l'examen de ma demande présentée au Conseil Médical en formation plénière, **au secrétariat du Conseil Médical**, **de donner accès à mon dossier médical** :

☐ À **Mme/M**……, représentant(e) **titulaire** du personnel siégeant lors de la séance du Conseil Médical pour ma collectivité et qui représente ma catégorie hiérarchique en formation plénière en date du……..

☐ À **Mme/M**……, représentant(e) **suppléant** du personnel siégeant lors de la séance du Conseil Médical pour ma collectivité et qui représente ma catégorie hiérarchique en formation plénière

Cette autorisation est strictement nominative. Seules les personnes désignées ci-dessus pourront avoir accès à votre dossier médical.

Cette autorisation est valable uniquement jusqu'au jour de la réunion du Conseil Médical en formation plénière dont la date est indiquée ci-dessus.

Je permets au **secrétariat du Conseil Médical**, de communiquer, au(x) représentant(s) ci-désigné(s), **l'ensemble des éléments médicaux et/ou administratifs** suivants :

- Des **rapports d'expertises médicales** réalisés par le(s) médecin(s) agréé(s) pouvant notamment comporter (de manière non exhaustive) *:
  - Un interrogatoire et recueil de mes doléances
  - Mon histoire personnelle et/ou familiale, mon parcours et mes habitudes de vie
  - Mes antécédents médicaux/ l'historique de la maladie
  - Des certificats / documents médicaux
  - Mes traitements et soins médicaux, le cas échéant
  - Mes examens cliniques
  - Les conclusions du médecin agréé
- Des **rapports du médecin du travail** (si versé(s) au dossier)
- Tout **autre document de nature médicale** (si versé au dossier) :
  - Des certificats d'arrêt de travail
  - Des comptes-rendus d'interventions chirurgicales, des imageries, des résultats d'analyse
  - Toutes autres pièces médicales en lien avec l'étude de ma demande
- Les **documents de nature administrative** :
  - Imprimé de saisine du Conseil Médical en formation plénière
  - Autres pièces administratives en lien avec cette saisine

Ces rapports peuvent contenir des informations confidentielles comportant mon historique médical, personnel, un examen clinique et la mention de pathologies annexes.

Le(s) représentant(s) désigné(s) est (sont) autorisé(s) à venir consulter au plus tard 3 jours francs avant la date de la séance du Conseil Médical mentionnée sur la présente autorisation, au Centre de Gestion, durant les jours et heures d'ouverture et sur rendez-vous préalable, mon dossier médical tel que présenté ci-dessus. Aucune copie de dossier ne lui/leur sera remise et aucune photographie du dossier ne pourra être prise par le(s) représentant(s) désigné(s).

Le jour de la consultation, le(s) représentant(s) désigné(s) devra/devront présenter une pièce d'identité.
7
Le/les représentant (s) désigné (s) s'engage (nt) à respecter la confidentialité des informations désignées comme expressément communicables dont ils ont pris connaissance, à ne pas prendre de documents en photo et à ne pas divulguer une quelconque information à des tiers non autorisés.

Il (s) s'expose (nt) en cas de non-respect de ces obligations aux sanctions pénales prévues aux articles L.226-1 et s. et L.226-13 et s. du Code Pénal *(1 an d'emprisonnement et 45000 euros d'amende en cas d'atteinte à ma vie privée ; 1 an d'emprisonnement et 15000 euros d'amende en cas d'atteinte au secret professionnel dont ils sont dépositaire par leur état).*

Je m'engage par cette autorisation à ce que l'ensemble des éléments médicaux et/ou administratifs soit communiqué au(x) représentant (s) ci-désigné (s) expressément.

Fait à ……....., le ……..

En 3 exemplaires (*un destiné à l'agent, au représentant désigné et au secrétariat du Conseil Médical)*

Signature de l'agent
(Précédée de la mention « bon pour autorisation »)

Pièces à joindre :
- *Ma pièce d'identité recto/verso (Carte Nationale d'Identité, Passeport)*
- *Pièce d'identité du/des représentant (s) désigné (s)*