



## Direction des Affaires Médicales et de la Recherche

### IMPRIME DE TRANSFERT DU DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e) .....

Recruté(e) au Centre Hospitalier du Mans en qualité d'Interne à compter du

.....

Certifie autoriser le médecin du travail du Centre Hospitalier du Mans à demander mon dossier médical à la médecine du travail de :

Mon ancien établissement d'affectation (à préciser) :

.....

.....

ou

Mon Centre Hospitalier Universitaire d'origine

ANGERS

NANTES

Autre : .....

**Fait pour servir et valoir ce que de droit**

Le Mans, le .....

Signature de l'interne