

ENTREPRISE

Date de l'information à Prévéam :

Nom et fonction du déclarant :

N° Adhérent :

Raison sociale :

Adresse :

Téléphone :

TRAVAILLEUR CONCERNÉ PAR LA MALADIE PROFESSIONNELLE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Code PCS ESE* :

Poste de travail :

Type de contrat : CDI CDD Intérimaire Saisonnier Apprenti Stagiaire

*La nomenclature PCS-ESE sert aux entreprises du secteur privé à codifier la profession de leurs salariés dans les formulaires administratifs. Pour connaître cette nomenclature, veuillez suivre le lien suivant : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcsese2017/categorieSocioprofessionnelleAgregée/1?champRecherche=true>

LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Date de déclaration de la MP :

Nom de la maladie :

Reconnaissance : OUI NON EN ATTENTE

VOS BESOINS

Avez-vous effectué une analyse des causes de la MP OUI NON

? Si NON, pourquoi ?

Souhaitez-vous être accompagné en matière de prévention des risques professionnels ?

OUI

NON

En cas de souhait exprimé, un Intervenant en Santé Travail de Prévéam vous contactera dans les meilleurs délais.

La MP a-t-elle fait l'objet d'un arrêt de travail ? OUI NON

Si OUI, Date de début d'arrêt :

Date de fin d'arrêt :

Souhaitez-vous un rendez-vous de reprise après MP (quelle qu'en soit la durée) : OUI NON

Date de reprise du travail :