

SIÈGES DES LÉSIONS :

SEQUELLES FONCTIONNELLES :

DURÉE DÉTAILLÉE DE L'EXPOSITION

EMPLOIS ANTERIEURS AYANT EXPOSE LA VICTIME AU RISQUE DE LA MALADIE

N°	IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR NOM et ADRESSE DES EMPLOYEURS	PÉRIODE		POSTE OCCUPÉ
		du	au	

NATURE DU TRAVAIL EFFECTUÉ AU MOMENT DE LA MALADIE

.....
.....

HORAIRES DE TRAVAIL DE LA VICTIME : - MATIN DE /___/___/ H /___/___/ MN à /___/___/ H /___/___/ MN
- APRES-MIDI DE /___/___/ H /___/___/ MN à /___/___/ H /___/___/ MN
- SOIR DE /___/___/ H /___/___/ MN à /___/___/ H /___/___/ MN

4- DONNEES DES CERTIFICATS MEDICAUX

DATE D'ARRET DU TRAVAIL :

DUREE DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE :

DATE DE REPRISE DU TRAVAIL :

5- TEMOINS DE LA MALADIE

N°	NOM et PRENOMS	PROFESSION	VILLE	TEL. / CEL.

6- PERSONNES A JOINDRE (EN CAS D'URGENCE)

N°	NOM et PRENOMS	QUALITE	VILLE	TEL. / CEL.

DECLARATION FAITE A LE /___/___/___/

PAR (NOM ET PRENOMS) :

QUALITE DU DECLARANT (lien avec la victime) :

AVIS IMPORTANT

1. LA PRESENTE DÉCLARATION (REPLIE EN 03 (TROIS) EXEMPLAIRES, SIGNÉES ET CACHETÉES) DEVRA IMPERATIVEMENT PARVENIR À LA STRUCTURE DE LA CNPS DE VOTRE CIRCONSCRIPTION DANS LES 48 HEURES À COMPTER DE LA DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION DE LA MALADIE, LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI.
2. LA CNPS SE RESERVE LE DROIT DE RECLAMER DES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET / OU DE MENER TOUTE ENQUÊTE UTILE POUR LE TRAITEMENT DU DOSSIER.
3. TOUTE FAUSSE DECLARATION SERA REJETÉE ET PASSIBLE DE POURSUITE JUDICIAIRE, CONFORMEMENT AUX TEXTES EN VIGUEUR.

(SIGNATURE)

(CACHET DE L'EMPLOYEUR)

NB : si la déclaration est faite par la victime ou ses ayants-droit, le cachet de l'employeur n'est plus nécessaire