

**A REMPLIR PAR VOTRE EMPLOYEUR**

(A transmettre à l'unité Médico-Administrative avec le dossier médical)

Nom et Prénom : _____

Numéro de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de reconnaissance de l'inaptitude (médecine du travail) :

1^{ère} visite : | | | | | | | | | | | | | | | |2^{ème} visite : | | | | | | | | | | | | | | | |

Inaptitude groupe lourd (préfecture) :

Date du dernier jour de conduite : | | | | | | | | | | | | | | | |

L'intéressé(e) a-t-il (elle) été reclassé(e) dans l'entreprise ? oui non

Si oui, préciser la date : | | | | | | | | | | | | | | | |

Bénéficie t-il (elle) d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ? oui non

Si oui, préciser la date : | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de rupture du contrat de travail : | | | | | | | | | | | | | | | |

Certifié exact

Cachet de l'entreprise (obligatoire)

Date : | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature :

Personne à contacter :



| | | | | | | | | | | | | | | |

Poste :

INSTITUTION DE PREVOYANCE D'INAPTITUDE A LA CONDUITE

174 rue de Charonne – 75128 Paris cedex 11 – ☎ 01 80 60 57 02 – 01 80 60 57 04 - Fax 01 80 60 59 20 – www.groupe-do.fr

T1196GDP