**ATTESTATION D’EXPOSITION**

volet d’exposition

Nom, Prénom du salarié :

Adresse :

N° de Sécurité Sociale :

|  |  |
| --- | --- |
| **ETABLISSEMENT**(nom, adresse, n° SIRET) | **MEDECIN DU TRAVAIL**(nom, adresse, téléphone) |

Affectation à des travaux exposant à :

Poste de travail :

Dates des expositions (début et fin) :

Niveau d'exposition :

Mesure de prévention :

Le Médecin du travail Le chef d'entreprise

 (date et signature) (date et signature)

*Les données médicales sont transmises sous pli confidentiel au médecin choisi par l'intéressé*