**SPST 19 - 24**

**Prénom Nom**

Médecin du travail

T. 00 00 00 00 00 / P. 00 00 00 00 00

M. p.nom@aist19.fr

Dr

[ADRESSE]

[ADRESSE]

[ADRESSE]

[ADRESSE]

[Ville],

Le [JJ/MM/AAAA]

**OBJET** : Surveillance médicale post professionnelle

Cher Confrère,

Veuillez trouver ci-joint le volet médical résumant l’état de santé de ….

qui quitte l’entreprise ….

Il (Elle) a été exposé(e) durant environ … années à

Il (Elle) doit pouvoir bénéficier d’un suivi post-professionnel :

Je vous remercie de prendre en charge ce suivi.

Restant à votre disposition,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

Dr …….

Médecin du Travail