DOSSIER SUIVI PAR :

Hélène SAINQUAIN-RIGOLLÉ

Tel. : 02 43 24 25 72

[helene.sainquain-rigolle@cdg72.fr](mailto:helene.sainquain-rigolle@cdg72.fr)

**DECLARATION D’INTENTION D’ADHESION**

**SERVICE DE MEDECINE PROFESSIONNELLE ET PREVENTIVE EN TELECONSULTATION**

**Collectivité ou établissement public :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* INTENTION D’ADHERER AU SERVICE DE MEDECINE PROFESSIONNELLE ET PREVENTIVE EN TELECONSULTATION

**OUI 🞎 NON 🞎**

**Si vous avez coché « OUI » :**

**Nombre d’agents dans la collectivité**

* INTENTION D’ACCUEILLIR CE SERVICE (un local adapté[[1]](#footnote-1), formation de ou des agents à l’utilisation du logiciel, accueil d’agents d’autres collectivités, …) AU SEIN DE LA COLLECTIVITE

**OUI 🞎 NON 🞎**

Fait à………………………………………, le…………………………

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

**Interlocuteur dédié au dossier « Médecine professionnelle et préventive » au sein de votre collectivité/établissement** :

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Fonction : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Tél : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Email :…………………………………………………………………………………………………………………………………

Cette déclaration doit être transmise à votre Communauté de communes et au Centre de gestion ([sante.travail@cdg72.fr](mailto:sante.travail@cdg72.fr))

**avant le 17 janvier 2025**

1. Eclairage, température, aération, isolation visuelle et phonique, connexion Internet, … [↑](#footnote-ref-1)