

OBLIGATION + OUTIL CONSEILLÉ

RÉSULTAT OBLIGATOIRE POUR UN ARRÊT DE PLUS DE TRENTE JOURS : SALARIÉ INFORMÉ -
COURRIER RPC RECOMMANDÉ COMME PREUVE ; VISITE FACULTATIVE

RPC-SUP-032A

Courrier de l'employeur au salarié. Ne demander aucun diagnostic ni détail médical.

EMPLOYEUR / ÉTABLISSEMENT

SALARIÉ DESTINATAIRE

ADRESSE DU SALARIÉ

DATE ET MODE D'ENVOI

OBJET

Information sur la possibilité de demander une visite de préreprise pendant votre arrêt de travail

COURRIER À REMETTRE

Madame, Monsieur,

Votre arrêt de travail dépassant trente jours, nous vous informons que vous pouvez bénéficier d'une visite de préreprise auprès du médecin du travail. Cette visite est facultative et peut être demandée pendant l'arrêt par vous-même, votre médecin traitant, le médecin-conseil des organismes de sécurité sociale ou le médecin du travail.

Elle permet de préparer votre retour et d'examiner, si nécessaire, des recommandations d'aménagement ou d'adaptation du poste, de reclassement ou de formation. Vous pouvez contacter directement le service indiqué ci-dessous ; aucune autorisation de l'employeur n'est nécessaire. La visite ne remplace pas la visite de reprise lorsqu'elle est requise.

Le secret médical s'applique. Vous n'avez pas à communiquer à l'employeur votre diagnostic ni le contenu médical de vos échanges.

Cordialement.

OBLIGATION + OUTIL CONSEILLÉ

RÉSULTAT OBLIGATOIRE POUR UN ARRÊT DE PLUS DE TRENTE JOURS : SALARIÉ INFORMÉ -
COURRIER RPC RECOMMANDÉ COMME PREUVE ; VISITE FACULTATIVE

RPC-SUP-032A

Complément au courrier d'information sur la visite de préreprise.

COORDONNÉES UTILES

SERVICE DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL

TÉLÉPHONE / ADRESSE ÉLECTRONIQUE

ADRESSE / PORTAIL DE PRISE DE RENDEZ-VOUS

RÉFÉRENCE ADHÉRENT DE L'ENTREPRISE

Cette lettre informe d'un droit. Elle ne convoque pas le salarié, ne fixe pas de rendez-vous, ne vaut pas demande de visite par l'employeur et ne doit pas être confondue avec le rendez-vous de liaison, lui aussi facultatif.

EMPLOYEUR - COURRIER ENVOYÉ

Nom / qualité :

Date :

Signature :

SALARIÉ - RÉCEPTION SI REMISE EN MAIN PROPRE

Nom / qualité :

Date :

Signature :

JUSTIFICATIF D'ENVOI

EMPLACEMENT DE LA COPIE