Attestation d’exposition à l’amiante

1. Eléments d’identification
   1. **Agent**

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : N°SS :

Adresse : 🕿 :

* 1. **Collectivité**

Collectivité :

Numéro de SIRET :

Adresse :

* 1. **Médecin de prévention**

Nom : Dr Prénom :

Adresse : 🕿 :

1. Expositions

Informations fournies par l’employeur et le médecin de prévention

**2.1. Nature des fibres d’amiante**

**2.2. Description succincte des postes de travail occupés**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Postes successifs** | **Dates de début et fin d’exposition** | **Dates et résultats des évaluations et mesures de niveaux d’exposition** | **Nature des équipements de protection individuelle et collective** |
|  |  |  |  |

et adressées, après accord de l’agent, au médecin de son choix

1. Informations fournies par le médecin de prevention

**3.1. Dates et constations cliniques**

qui ont été effectuées durant l’exercice de la profession de l’agent en précisant, notamment, l’existence ou l’absence d’anomalies en relation avec l’inhalation de poussières d’amiante.

**3.2. Dates et résultats des examens complémentaires effectués**

**3.3. Date et constations du dernier examen médical**

effectué avant la cessation d’exposition aux poussières d’amiante.

**3.4.** **Autre renseignement que le médecin de prévention juge utile de fournir**

**Médecin du travail :**

Date et signature :

**Autorité territoriale :**

Date et signature :