

C.P.A.M. de .....  
Monsieur Le Médecin Conseil

**DEMANDE DE SUIVI POST-PROFESSIONNEL**

Je soussigné(e) : .....  
Né(e) le : ...../...../.....  
Numéro de Sécurité Sociale : .....  
Demeurant à : .....  
.....

**Demande à bénéficier des dispositions de l'arrêté du 28 février 1995 concernant le suivi post-professionnel des salariés ayant été exposés à des agents cancérigènes, et notamment la prise en charge des frais médicaux, telle qu'elle est prévue.**

**Pourriez-vous me faire parvenir les formulaires permettant cette prise en charge ?**

A la retraite (ou en cessation d'activité) depuis le ...../...../.....  
Exposé(e) à : .....  
Début de l'exposition : ...../...../.....  
Fin de l'exposition : ...../...../.....  
Entreprise(s) où a eu lieu l'exposition :  
.....  
.....

**Avec mes remerciements,**

Fait à .....  
Le ...../...../.....

Signature :