**ANNEXE I.4-2, 3e partie**

**FORMULAIRE DE RECOURS**

Recommandé Date :…………...

Au médecin inspecteur social

Direction régionale Contrôle du bien-être au travail

.....................................................................................................

.....................................................................................................

OBJET: Recours contre la décision du conseiller en prévention-médecin du travail

Service pour la prévention et la protection au travail:

Nom du médecin du travail : ................................................................................................

Téléphone / E-mail : ................................................................................................

Nom et adresse du service : ................................................................................................

Employeur:

Nom de l’entreprise :..................................................................................................

Lieu de travail : .................................................................................................

Adresse : .................................................................................................

A l'attention du médecin inspecteur social,

Ayant pris connaissance de la décision notifiée le (\*) .............................................................................................

par le conseiller en prévention-médecin du travail attaché au service pour la prévention et la protection du travail précité, je vous informe que j'introduis un recours contre ladite décision.

J'ai prié le docteur ci-après dénommé de vous adresser les conclusions médicales qu'il estimera devoir formuler à mon sujet.

Nom du médecin :..............................................................................................

Téléphone / E-mail : .............................................................................................

Adresse : .............................................................................................

Signature,

Nom du travailleur: ......................................................

Prénom: ........................................................................

Adresse personnelle: ....................................................

Téléphone : ...................................................................

E-mail : .........................................................................

(\*) copie du formulaire d’évaluation de la santé ou d’évaluation de réintégration comprenant la décision contre laquelle le recours est introduit