

## ATTESTATION D'EXPOSITION

- IDENTIFICATION DU SALARIE

NOM PRENOM

N° SS :

Adresse :

- IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise ou de l'établissement :

N° de Siret

Adresse :

- AFFECTATION A DES TRAVAUX EXPOSANT à: **L'Amiante**

- NATURE DES TRAVAUX :

- DUREE DE L'EXPOSITION :

- NIVEAU D'EXPOSITION (évaluation ou mesures)

Section 3 du Chapitre III du décret 96-98 du 07/02/96

Intermédiaire : +

Faible :

- MOYENS DE PROTECTION :

Le Médecin du travail Dr

Date et signature

Le Directeur d'établissement

Date et signature

Destinataires:

Salarié /  
Employeur  
Médecin du travail