



Formulaire à remplir après accès aux informations
(remplir la section correspondante au mode de communication choisi)

Consultation sur place

Je soussigné(e), Mme, M..... certifie avoir consulté
au Centre hospitalier de DIGNE LES BAINS

mon dossier le dossier de

Date de la consultation du dossier :

Signature :

Remise de copies en mains propres

Je soussigné(e), Mme, M..... certifie avoir reçu en
mains propres les copies des documents demandés de :

mon dossier du dossier de

Date de remise des copies :

Signature :