

**FORMULAIRE DE DONNÉES PERSONNELLES
BASE DE DONNÉES NATIONALE DE L'ACPPU
SUR LES MALADIES LIÉES À L'AMIANTE**

Numéro de la base de données _____

Consentement (à joindre) : Membre de l'ACPPU _____ Famille _____

PARTIE 1

Date : _____

Nom : _____

Établissement actuel ou
dernier établissement : _____

Date d'entrée en fonctions : _____

Date de départ à la retraite : _____

Nombre d'années passées dans
le département/l'immeuble : _____

Mutations(s) vers d'autres
départements/immeubles : _____

Nombre d'années passées dans
d'autres départements/immeubles : _____

Établissement précédent : _____

Date d'entrées en fonctions : _____

Nombre d'années passées dans
le département/l'immeuble : _____

Mutations(s) vers d'autres
départements/immeubles : _____

Nombre d'années passées dans
d'autres départements/immeubles : _____

(Veuillez indiquer au verso tous les autres postes occupés dans une université ou un collège.)

PARTIE 2

Exposition avérée à l'amiante?

Année : _____

Université/Collège : _____

Cochez l'un des choix suivants : travaux de construction **OU** de
rénovation

Maladie avérée liée à l'amiante? _____

Date du diagnostic : _____

Type : **(Cochez un seul choix.)**

- Mésothéliome : plèvre
- péritoine
- Amiantose
- Cancer des poumons
- Plaques pleurales

Traitement : Oui **OU** Non

Réclamation soumise à la

Commission des accidents du travail : Oui **OU** Non

Réclamation acceptée : Oui **OU** Non

PARTIE 3

Dans le cas où la personne est décédée :

Date du décès : _____

Cause du décès indiquée sur

le certificat de décès : _____

Autres membres de la famille affectés

par une maladie liée à l'amiante :

Non

Oui enfant / conjoint(e) /
autre

(Encerclez la réponse)