**FRAIS CONSECUTIFS A UN EXAMEN DE prévention en SANTE**



|  |  |
| --- | --- |
| Cette attestation dûment complétée, doit être adressée à laCPAM de la Charente-Maritimepôle accompagement social55 rue de Suède cs 7050717014 la rochelle cedex 1 | Cachet du centre d’examens de santé |

|  |
| --- |
| **Renseignements concernant l’assuré(e) et le bénéficiaire[[1]](#footnote-1)** |
| NNI_DATEN° de sécurité sociale date de naissance : Nom :  Prénom : Adresse :  Nom et prénom du bénéficiaire : _DATEDate de naissance :  |

|  |
| --- |
| **Frais de déplacement** |
| Date de l’examen | Heure et lieu de départ | Heure d’arrivéeau centre | Heure de départ du centre | Heure de retour au domicile |
| …………………. | …………………………………… | …………………. | …………………. | …………………. |
| Mode de transport : □ transport en commun □ voiture particulière – puissance : CV*(cocher la case qui convient)*le montant de la dépense s’élève à € pour un parcours de km |

**Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés ci-dessus[[2]](#footnote-2)
et autorise la CPAM de la Charente-Maritime à rembourser les frais de transport**

**à la structure**…………………………………………........................................................

Signature de l’assuré(e)



1. *Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de la CPAM de la Charente-Maritime.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Sont punies d’amende ou d’emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations (article L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale).* [↑](#footnote-ref-2)