



DECLARATION SUR L'HONNEUR

En vue d'une téléconvocation par un Médecin Conseil de la MSA GIRONDE

Je Soussigné(e) :

Nom (*) :

Prénom :

Adresse :
.....

N° Téléphone :

Date de naissance :/...../.....

Nationalité :

N° de sécurité sociale :

CONFIRME ET ATTESTE SUR L'HONNEUR :

Donner mon accord pour une téléconvocation avec le médecin conseil de la MSA

Le

SIGNATURE

IMPORTANT :La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fausses déclarations (article L114-13 du Code de la Sécurité sociale et 441-1 du Code Pénal)

(*) Nom patronymique (de naissance), suivi s'il y a lieu, de votre nom d'usage (épouse).