



FÉDÉRATION NATIONALE DES OFFICIERS MARINIERS

45 Boulevard Vincent Auriol

75013 PARIS

## ***INDEMNISATION DES VICTIMES DES ESSAIS NUCLÉAIRES***

### **Évaluation des dossiers rejetés suite à instruction par le CIVEN <sup>(1)</sup>**

*A retourner à la FNOM, adresse ci-dessus*

Nom : ..... Prénom : .....

Grade : ..... Spécialité : ..... Matricule : .....

#### *Votre participation aux essais nucléaires français*

| <b>Affectations</b> | <b>Dates</b>               | <b>Lieu(x)</b> |
|---------------------|----------------------------|----------------|
|                     | du                      au |                |
|                     | du                      au |                |
|                     | du                      au |                |
|                     | du                      au |                |
|                     | du                      au |                |
|                     | du                      au |                |

#### *Votre dossier de demande d'indemnisation déposé au CIVEN*

| <b>Date de dépôt</b> | <b>N° CIVEN</b> | <b>Maladie(s)</b> |
|----------------------|-----------------|-------------------|
| / /                  |                 |                   |

#### **Résultat <sup>(1)</sup>**

| <b>Dossier</b> | <b>Date</b> | <b>Motifs</b>  |
|----------------|-------------|--|
| Irrecevable    | / /         | <i>maladie                      lieu(x)                      dates</i> |
| Rejeté         | / /         | <i>Risque attribuable considéré comme négligeable</i>                  |

(1) rayer les mentions inutiles

Nom :

Prénom :

Description des fonctions assurées

Description des conditions de travail

Appréciation de l'exposition aux risques d'irradiation et/ou de contamination

Vous avez disposé :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - d'équipements de protection individuels, (1)              | oui | non |
| - d'équipements de mesures individuels, stylos, films.. (1) | oui | non |

Vous avez bénéficié d'examens :

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - biologiques, toxicologiques, radio toxicologiques, (1) | oui | non |
| - spectrométriques, (1)                                  | oui | non |

Si « oui », vous-a-t-on communiqué tous les résultats, (1)      oui      non

(1) rayer les mentions inutiles

*MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION*

Date :

Signature :