

Consentement à la transmission de l'aptitude médicale* et des attestations de qualification professionnelle

Données personnelles:

Nom: _____

Prenom: _____

Numero de personel (EXXXXXX / UEXXXXXX): _____

Entreprise cédante

Nom de l'entreprise: _____

Adresse (facultatif): _____

Entreprise reprenante

Nom de l'entreprise: _____

Adresse (facultatif): _____

Déclaration

Je déclare par la présente consentir à la transmission de mon aptitude médicale ainsi que de mes attestations de qualification professionnelle de l'entreprise cédante à l'entreprise reprenante.

Je suis conscient(e) que les CFF SA traitent ces données de manière confidentielle et ne les transmettent que dans la mesure nécessaire.

Date: _____

Signature: _____

***Lors du transfert vers un nouveau numéro de personnel, l'aptitude médicale doit être fournie en complément.**

Remarque du Développement du personnel CFF SA:

Le document signé doit être téléchargé par la personne de contact de la nouvelle entreprise dans le formulaire « Mutation d'utilisation » sur le portail Formation CFF.

SBB AG

Human Resources – Personal-, Organisations- & Kulturentwicklung
Berufliche Grundbildung und Drittmarkt
Hilfikerstrasse 1, 3000 Bern, Schweiz
sandra.leuenberger@sbb.ch / www.sbb.ch