

**FORMULAIRE DE SAISINE DE
LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DE REFORME
AGENTS AFFILIES A LA C.N.R.A.C.L.**

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ

Collectivité à l'origine de la demande :

Adresse :

.....

Dossier suivi par :

Tél. : Fax. :

Courriel :

IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE PRÉVENTION

Nom du médecin de prévention :

Adresse :

.....

Tél. : Fax. :

Courriel :

IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse de l'agent (ou du représentant légal, le cas échéant) :

.....

Tél. :

Nom du médecin traitant :

Nom du spécialiste (le cas échéant) :

SITUATION ADMINISTRATIVE

Date d'entrée dans la fonction publique :

Date d'entrée dans la collectivité :

Grade :

Service d'affectation :

Statut de l'agent :

Titulaire - Précisez la date de titularisation :

Stagiaire - Précisez la date de nomination :

Temps de travail hebdomadaire :

Temps complet Temps non complet : heure(s) minute(s) Temps partiel : %

**MOTIF DE SAISINE DE
LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DE REFORME**

Un passage en COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL, en lien avec cette demande, a-t-il eu lieu ?

Oui

Préciser la date :

Non

Motif de saisine :

.....

.....

.....

DEMANDE :

- Avis sur la reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident survenu le :
- Avis sur la reconnaissance de l'imputabilité au service d'une pathologie (maladie professionnelle ou contractée ou aggravée en service) constatée médicalement le :
- Avis sur la prise en charge de frais et honoraires médicaux consécutifs à un accident ou une maladie imputable au service,
- Avis sur les suites d'un accident ou d'une maladie imputable au service (imputabilité des prolongations d'arrêt de travail, de soins ou d'une rechute),
- Avis sur l'imputabilité au service d'une affection relevant d'un congé de longue durée,
- Avis pour l'octroi ou le renouvellement d'un temps partiel thérapeutique suite à accident/maladie imputable au service,
- Avis dans le cas d'un reclassement suite à un accident ou une maladie imputable au service,
- Avis en cas de demande d'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité,
- Avis en cas de révision quinquennale de l'allocation temporaire d'invalidité, de révision sur demande, en cas de nouvel évènement ou de révision radiation des cadres,
- Avis sur l'inaptitude définitive et absolue du fonctionnaire dans le cadre d'une procédure de mise à la retraite pour invalidité,
- Avis pour l'obtention de la majoration spéciale pour tierce personne,
- Avis pour l'attribution d'une allocation d'invalidité temporaire,
- Avis sur le placement en disponibilité d'office en cas de longue durée prolongé ou sur le dernier renouvellement de la disponibilité d'office (2^{ème} renouvellement),
- AUTRE** (ex. : congé pour infirmité de guerre, l'entrée en jouissance immédiate de la pension concédée au fonctionnaire, etc....)

A préciser :

.....

.....

.....

