

FORMULAIRE DE SAISINE DU COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL

PRÉVOIR UN DÉLAI D'ENVOI SUFFISANT AFIN D'ASSURER AU MIEUX L'INSTRUCTION DE CE DOSSIER

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 : / /

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 : / /

Durée de service effectif :moisannée(s)

Grade :

Service :

Statut de l'agent :

Titulaire - Précisez la date de titularisation : / / + affilié CNRACL ou régime général IRCANTEC

Stagiaire - Précisez la date de nomination : / / + affilié CNRACL ou régime général IRCANTEC

Non titulaire de droit public

Temps de travail hebdomadaire :

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

Position administrative :

En activité En arrêt continu depuis le : / /

En disponibilité depuis le : / /

En détachement depuis le : / /

Autres employeurs (y compris dans le privé) :

Nom de l'employeur	Fonctions	Nb d'heures hebdomadaires

MOTIF DE SAISINE DU COMITÉ MÉDICAL

Un passage en COMMISSION DÉPARTEMENTALE DE RÉFORME, en lien avec cette demande, a-t-il eu lieu ?

Oui Préciser la date :/...../.....

Non

Motif de saisine :

.....
.....
.....

DEMANDE de :

A COMPTEUR DU

Congé de **MALADIE ORDINAIRE**

Prolongation au terme d'une période de 6 mois consécutifs

...../...../.....

Réintégration après 12 mois consécutifs

...../...../.....

Congé de **LONGUE MALADIE**

Fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 H hebdomadaires ou un temps partiel

Attribution

d'office

...../...../.....

sur demande de l'agent

...../...../.....

fractionné

...../...../.....

Renouvellement

d'office

...../...../.....

sur demande de l'agent

...../...../.....

fractionné

...../...../.....

Réintégration

...../...../.....

Congé de **LONGUE DURÉE**

Fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 H hebdomadaires ou un temps partiel

Attribution

d'office

...../...../.....

sur demande de l'agent

...../...../.....

Renouvellement

d'office

...../...../.....

sur demande de l'agent

...../...../.....

Réintégration

...../...../.....

Congé de **GRAVE MALADIE**

Fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps non complet de moins de 28 H et agents non titulaires comptant au moins 3 années de service quel que soit le nombre d'heures effectuées hebdomadairement

Attribution

d'office

...../...../.....

sur demande de l'agent

...../...../.....

Renouvellement

d'office

...../...../.....

sur demande de l'agent

...../...../.....

Réintégration

...../...../.....

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (après un congé de longue maladie, longue durée, maladie de plus de 6 mois)

Fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps complet, un temps non complet d'au moins 28 H hebdomadaires ou un temps partiel

Attribution

...../...../.....

Renouvellement

...../...../.....

