

Collectivité : .....

Dossier suivi par : M.....Coordonnées : .....

## DEMANDE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

**OBJET : MAJORATION POUR L'ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE**

### RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT

NOM : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

FONCTIONNAIRE TITULAIRE  FONCTIONNAIRE STAGIAIRE  ( Cocher la case correspondante )

Grade actuel : .....

Adresse personnelle de l'agent : .....

### PIECES JOINTES

- Courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine et les questions précises pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis,
- Rapport écrit du Médecin de la médecine préventive et professionnelle, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- Expertise médicale réalisée par un Médecin agréé (formulaire AF3), sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- Demande de l'agent de majoration pour l'assistance d'une tierce personne,
- Procès-verbaux des Commissions De Réforme antérieures
- Toute pièce que la collectivité ou l'agent jugera utile de fournir afin d'éclairer l'avis des membres de la Commission de réforme.

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER : .....