

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE
TERRITORIALE DE MARTINIQUE

Maison des Collectivités Territoriales
Zac Etang Z'abricots – B.P. 1169
97249 FORT-DE-FRANCE cedex

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE OU
D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

COLLECTIVITE _____
Dossier suivi par _____ Etabli le _____
Tel : _____ e-mail : _____

L'AGENT

Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____
Nom de naissance : _____ Sexe : F ☐ M ☐
Date d'entrée dans la collectivité : _____

Régime : ☐ Spécial – C.N.R.A.C.L. ☐ Général – I.R.C.A.N.T.E.C.
☐ Titulaire ☐ Stagiaire
☐ Temps complet
☐ Temps non complet nb heures travaillées/mois : _____

Cadre d'emploi : _____ Grade : _____
Fonction exercée (**joindre fiche de poste**) : _____
Catégorie hiérarchique ☐ A ☐ B ☐ C
Date de titularisation : _____
Latéralité ☐ droitier ☐ gaucher ☐ sans objet

LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Date de constatation de la maladie : _____
Déclarée à l'administration le : _____
Numéro de la maladie professionnelle : _____

ENQUETE ADMINISTRATIVE

Préciser le nom des produits, des gestes répétés et/ou du matériel utilisé, susceptibles d'être à l'origine de la maladie professionnelle

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LE DECLARANT

NOM :Prénoms :

Grade : Fonction exercée :

Filière : ☐ administrative ☐ technique
 ☐ Culturelle ☐ animation
 ☐ Police municipale ☐ médico –sociale
 ☐ Sportive

Date de constatation de la maladie :

Date de déclaration à l'administration :

Je déclare être victime d'une maladie professionnelle ou d'origine professionnelle provoquée par les circonstances suivantes

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

Fait à

Le

Signature de l'agent déclarant

RAPPORT HIERARCHIQUE

Nom du supérieur hiérarchique _____

Fonction : _____ Service : _____

Déclare avoir pris connaissance de la déclaration de maladie professionnelle de M./Mme :

.....

Décrire les missions de l'agent :

.....

DECISION ADMINISTRATIVE

La hiérarchie reconnaît-elle administrativement l'imputabilité de la maladie professionnelle ?

MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE ☐ oui

MALADIE NON IMPUTABILITE AU SERVICE ☐ non

(SI NON SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME OBLIGATOIRE)

Signature de l'agent

Signature et cachet de l'Autorité Territoriale

Date

Date