

Collectivité :

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

DEMANDE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

OBJET : IMPUTABILITÉ D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT

NOM : Nom de jeune fille : Prénom :

Date de Naissance :

FONCTIONNAIRE TITULAIRE FONCTIONNAIRE STAGIAIRE (Cocher la case correspondante)

Grade actuel :

Date de la déclaration de la maladie :

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,
- Déclaration de maladie professionnelle de l'autorité territoriale (voir imprimé du Centre de Gestion),
- Déclaration de maladie professionnelle de l'agent concerné, datée et signée,
- Rapport hiérarchique sur le bien-fondé de la demande (il appartient à l'employeur de s'assurer de la réalité des faits),
- Copie du certificat médical initial (1^{er} volet),
Le cas échéant, copie(s) de : certificat(s) de prolongation
 certificat final
- 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,
- Fiche de poste de l'agent concerné,
- 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 :