



CONSEIL MÉDICAL FORMULAIRE DE SAISINE – FORMATION PLÉNIÈRE

Collectivité

*Raison sociale : _____

*Personne en charge du dossier – Nom et Prénom : _____

*Téléphone : _____ *Mail : _____

*Médecin du travail : _____

*À _____

*Le _____

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité

1

Agent

*Nom d'usage : _____ *Nom de naissance : _____

*Prénom : _____

*Date de naissance : _____ *Lieu de naissance : _____

*Téléphone : _____ *Mail : _____

*Adresse postale : _____

*Médecin traitant : _____

NB : * = champs obligatoires

Tout ce qui est adressé par l'autorité territoriale au conseil médical est susceptible d'être consulté par l'agent concerné par la saisine dans les conditions prévues par l'article 7 du décret 87-602 du 30 juillet 1987.

Les informations collectées sur ce formulaire sont destinées au service du secrétariat du conseil médical afin d'assurer l'organisation des séances de cette instance. Elles sont conservées le temps nécessaire au traitement du dossier conformément à la Loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD2016/679). Vous pouvez consulter le site www.cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Vous pouvez exercer votre droit d'accès en vous adressant au Délégué à la Protection des Données du CDG16 : dpo@cdg16.fr.

Situation administrative de l'agent

*Agent : Titulaire Stagiaire / Droitier Gaucher

*Catégorie : A B C

*Grade : _____

*Fonctions/poste : _____

*Date d'entrée dans la collectivité : _____ *Date de titularisation : _____

*Agent en situation de détachement : oui non

*Temps de travail hebdomadaire :

Temps complet (TC) : 35h _____

Temps non complet (*emploi créé pour une durée inférieure au TC*) : _____ h _____

Temps partiel (*emploi créé à TC, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel*) : _____ %

*Nombre d'employeur(s) : 1 2 3

Temps de travail auprès des autres employeurs : _____

*Objet de la saisine

Imputabilité au service d'un CITIS (accident de service, accident de trajet, maladie professionnelle ou contractée en service) du _____

Imputabilité au service d'une rechute d'un CITIS (accident de service, accident de trajet, maladie professionnelle ou contractée en service) du _____

Octroi d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) – suite à CITIS

Révision de l'ATI (quinquennale, sur demande, en cas de CITIS ou à la radiation des cadres)

Retraite pour invalidité – suite à CITIS

Retraite pour invalidité – suite à congé pour raison de santé autre que CITIS (CMO, CLM, CLD, DO)

Majoration tierce personne

Autres (à préciser en référence à l'art. 5-1 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987) :

Relevé des congés pour raison de santé déjà obtenus

*Agent en arrêt depuis le : _____

*Y a-t-il eu antérieurement une saisine du conseil médical pour cet agent ? oui non

Date de la séance : _____

Motif : _____

*Congés déjà obtenus :

Type	Périodes (du ... au ...)
Congés de maladie ordinaire (sur les 12 derniers mois) Disponibilité d'office	
Congés de longue maladie Disponibilité d'office	
Congé de longue durée (<i>sur l'ensemble de la carrière</i>) Disponibilité d'office	
Temps partiel thérapeutique	
Congé d'invalidité temporaire imputable au service (accident de service, accident de trajet, maladie professionnelle)	