

FORMULAIRE DE SAISINE – Stagiaire ou titulaire CNRACL

NOM ET PRENOM DE L'AGENT

MOTIF DE LA SAISINE

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

Collectivité :

Adresse :

Agent chargé du suivi du dossier

Nom/Prénom :

Téléphone : **Courriel :**

Médecin de prévention en charge du suivi de l'agent

Nom/Prénom :

Téléphone : **Courriel :**

Médecin traitant de l'agent

Nom/Prénom :

Téléphone : **Courriel :**

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique : **Prénom :**

Nom d'usage :

Date et lieu de naissance : le/...../..... à

Adresse :

Téléphone : **Courriel :**

Filière : **Grade :**

Service d'affectation :

Statut de l'agent : stagiaire CNRACL titulaire CNRACL

Dates : recrutement : nomination stagiaire : titularisation :

Type d'agent : communal intercommunal pluri communal polyvalent

Temps de travail hebdomadaire : temps complet temps partiel :%

temps non complet : heures minutes

EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE

Circonstances et questions précises pour lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis :

.....

TYPE DE CONGE MALADIE DEMANDE

IMPORTANT LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DOIT ETRE FAITE AU MOINS 1 MOIS AVANT L'EXPIRATION DU CONGE DEJA ATTRIBUE

- | | | A compter du |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Congé de maladie ordinaire
<input type="checkbox"/> prolongation au-delà d'une période de 6 mois d'arrêt consécutifs |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> | Congé de longue maladie
<input type="checkbox"/> sur demande de l'agent <input type="checkbox"/> d'office
<input type="checkbox"/> octroi <input type="checkbox"/> renouvellement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> | Congé de de longue durée
<input type="checkbox"/> sur demande de l'agent <input type="checkbox"/> d'office
<input type="checkbox"/> octroi <input type="checkbox"/> renouvellement |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> | Temps partiel thérapeutique
<input type="checkbox"/> octroi
<input type="checkbox"/> renouvellement |/...../.....
...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> | Disponibilité d'office pour maladie à l'expiration des droits statutaires
<input type="checkbox"/> octroi
<input type="checkbox"/> renouvellement |/...../.....
...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> | Réintégration
<input type="checkbox"/> après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire
<input type="checkbox"/> à l'issue d'un congé de longue maladie, longue durée |/...../.....
...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> | Reclassement pour inaptitude physique
<input type="checkbox"/> inaptitude aux fonctions actuelles
<input type="checkbox"/> aptitude à d'autres fonctions |/...../.....
...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> | Aptitude ou inaptitude physique totale définitive
<input type="checkbox"/> aux fonctions de |/...../..... |
| | <input type="checkbox"/> à toutes fonctions |/...../..... |

Observations

.....

