|  |
| --- |
| **CERTIFICAT MEDICAL MEDECIN TRAITANT**  **DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE**  **POUR UN AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**  Je soussigné Docteur  Certifie que l’état de santé de  M/Mme  Employeur :  Poste occupé :  nécessite l’accomplissement de son service à temps partiel pour raison thérapeutique.  Justification du TPT :  🞏 le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé ;  et/ou  🞏 permet à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.  A compter du : ….…./….…./…..….    Durée (1 à 3 mois max) : 🞏 1 mois 🞏 2 mois 🞏 3 mois  Quotité : 🞏 50 % 🞏 60 % 🞏 70 % 🞏 80 % 🞏 90 %  Modalités d’exercices : (ex. répartition horaire)            Aménagements de poste à prévoir :  🞏 oui (avis du médecin de prévention conseillé) 🞏 non  A , le  Signature + coordonnées du praticien  Information :  *Le service accompli à temps partiel pour raison thérapeutique peut être exercé de manière continue ou discontinue pour une période dont la durée totale peut atteindre un an au maximum.* |