

CONSEIL MEDICAL DE L'ISERE - FPT

Formation plénière

FORMULAIRE DE SAISINE

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Madame Monsieur

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM(S) :

Date et lieu de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

L'agent est-il affilié à la CNRACL ? OUI NON

Si oui, depuis quelle date ?

Date de titularisation :

CATEGORIE : A B C

FILIERE: ____

GRADE:

Temps de travail : heures

SERVICE :

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

NOM :

PERSONNE CHARGEE DU DOSSIER :

TEL : COURRIEL :

MEDECIN DE PREVENTION OU DU TRAVAIL

NOM / PRENOM :

ADRESSE :

TEL : COURRIEL :

NATURE DE LA SAISINE (cocher la ou les cases concernées)

L'agent est-il actuellement en arrêt de travail OUI NON date du début d'arrêt :

La saisine concerne :

UN ACCIDENT DE SERVICE

Date :/...../.....

UN ACCIDENT DE TRAJET

UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

ACCIDENT DE SERVICE : demande d'imputabilité

car il existe une faute personnelle de l'agent (à détailler ci-dessous)

- Il existe une circonstance particulière de nature à détacher l'accident du service (à détailler ci-dessous)**

- ACCIDENT DE TRAJET : demande d'imputabilité**

- Il existe un fait personnel de l'agent de nature à détacher l'accident de trajet du service (à détailler ci-dessous)**

- Il existe une circonstance particulière étrangère aux nécessités de la vie courante de nature à détacher l'accident de trajet du service (à détailler ci-dessous)**

MALADIE PROFESSIONNELLE : demande d'imputabilité

Maladie contractée en service, désignée dans un tableaux, mais :

Délai de prise en charge non respecté

Durée d'exposition non respectée

Liste limitative des travaux ne correspond pas

Maladie contractée en service non désignée aux tableaux des maladies professionnelles

Conclusions des avis rendus par les médecins agréés lors des visites de contrôle

La consolidation de la blessure avec demande d'ATI (Allocation Temporaire d'Invalidité)

Imputabilité des rechutes d'accident ou de maladie

Temps partiel thérapeutique avis divergent médecin traitant et médecin agréé

Demande d'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) :

attribution

révision quinquennale

Les demandes de reclassement professionnel suite à un accident ou une maladie survenue dans l'exercice des fonctions.

La prise en charge des frais médicaux

Demande de retraite pour invalidité des fonctionnaires affiliés à la CNRACL.

Majoration pour tierce personne.

Demande de pension d'orphelin infirme à la charge du fonctionnaire.

Demande de cure thermale imputable au service

Autres (cf. guide de procédures page 2) :

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

Fait le, A

Signature de l'autorité territoriale et cachet de la collectivité ou de l'établissement