**EXPERTISE MEDICALE POUR UNE REPRISE 🞏 OU PROLONGATION 🞏**

**A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

|  |
| --- |
| Partie à compléter par la collectivité |
| Docteur, Mr/Mme nom de l’agent : Prénom : Collectivité : Poste occupé : 🞏 est en arrêt de maladie depuis le : 🞏 n’est pas en arrêt de maladie L’agent demande à travailler à temps partiel thérapeutique. Vous trouverez ci-joint le certificat médical de son médecin. Nous vous remercions de bien vouloir vous prononcer sur cette demande. L’agent a déjà bénéficié de périodes de temps partiel thérapeutique au cours des 12 derniers mois : * NON 🞏 OUI

Si oui, périodes de temps partiel thérapeutique déjà octroyées :  mois, du au  mois, du au  mois, du au  mois, du au  |
| Partie à compléter par le médecin agréé  |
| 🞏 **Avis favorable** à la reprise/prolongation à temps partiel thérapeutique  Quotité : …………….% (mini 50 %, 60 %, 70 %, 80 %, 90 %) 🞏 **Avis favorable** à la reprise/prolongation à temps partiel thérapeutique  Quotité : 🞏 50 % 🞏 60 % 🞏 70 % 🞏 80 % 🞏 90 %🞏 Durée : 🞏 1 mois 🞏 2 mois 🞏 3 mois  🞏 Aménagements de poste à prévoir : 🞏 oui (avis du médecin de prévention conseillé) 🞏 non 🞏 **Avis défavorable** à la reprise à temps partiel thérapeutique : 🞏 l’agent n’est pas apte à la reprise.  🞏 la reprise peut s’effectuer à plein temps (le temps partiel thérapeutique n’est pas justifié)Date de l’expertise : Cachet et signature du médecin  |

## Note d’honoraires à adresser à la collectivité avec l’expertise en joignant un RIB pour le règlement

**NOM COLLECTIVITE**

**ADRESSE**

# NOTE D’HONORAIRES

**pour examen des agents de la Fonction Publique Territoriale**

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et Arrêtés pris pour son application

---------------------------------

M. le Docteur

Nom de l’agent examiné

NOM de la collectivité :

HONORAIRES : €

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 TOTAL :

Certifie sincère et véritable le présent état s’élevant à la somme de :

 A

 Le

Lu et approuvé

Le Médecin

Tampon et signature obligatoires