

EMPLOYEUR

Collectivité ou établissement :

La maladie a-t-elle été reconnue imputable : ☐ OUI ☐ NON

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom / Prénom :

Filière :

Date de naissance :

Grade :

Métier :

Statut : ☐ titulaire
☐ contractuel
☐ droit privé (CEA, apprenti)

Service :

Ancienneté dans le poste :

DESCRIPTION GENERALE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Tableau n° ou désignation :

Date du certificat médical initial :

Description précise des substances ou activités ayant entraîné la maladie :

Période d'exposition : du au

INFORMATION SUR LA PERSONNE REDIGEANT CE RAPPORT

Nom / Prénom :

Fonction :

Souhaitez-vous l'appui du Comité Social Territorial (CST) pour analyser l'accident : ☐ OUI ☐ NON

Signature de l'employeur ou son représentant :