

RAPPORT CIRCONSTANCIE – MALADIES PROFESSIONNELLES

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 :