

**DOSSIER DE SAISINE**

**DU COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL**

**Collectivité : ……………………………………………………………….**

**Nom / Prénom de l’agent : ………………………………………………...**

***La demande doit être faite au moins 2 mois avant l’expiration du congé en cours***

**1. OBJET DE LA SAISINE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Congés - disponibilité** | |
| Prolongation du congé de maladie ordinaire (CMO) au-delà de 6 mois consécutifs d’arrêt | □ |
| *Congé de longue maladie (CLM*)  Octroi  Renouvellement | □  □ |
| *Congé de longue durée (CLD)*  Octroi  Renouvellement | □  □ |
| *Congé de longue maladie d’office*  Octroi  Renouvellement | □  □ |
| *Congé de longue durée d’office*  Octroi  Renouvellement | □  □ |
| *Congé de grave maladie (CGM)*  Octroi  Renouvellement | □  □ |
| *Disponibilité d’office*  Octroi  Renouvellement  Avec aménagement de poste | □  □  □ |
| **Temps partiel thérapeutique** | |
| Octroi ou renouvellement uniquement en cas d'avis non concordant entre le médecin traitant et le médecin agréé | □ |
| **Réintégration** | |
| Réintégration après 12 mois de congés de maladie ordinaire (CMO)  Avec aménagement du poste | □  □ |
| Réintégration à l’issue d’un congé de longue maladie (CLM)  Avec aménagement de poste | □  □ |
| Réintégration à l’issue d’un congé de longue durée (CLD)  Avec aménagement de poste | □  □ |
| Réintégration à l’issue d’un congé de grave maladie (CGM)  Avec aménagement de poste | □  □ |
| **Reclassement** | |
| Reclassement pour inaptitude physique | □ |
| **Retraite** | |
| Retraite pour invalidité | □ |
| **AUTRES** | |
|  | □ |

**2. IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE**

|  |
| --- |
| **Nom :** ………………………………………………………………………………………..…………………………………………………. |
| **Adresse complète :**  …………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………. |
| **Gestionnaire du dossier :**  Nom : ………………………………………………………………………………….  Qualité : ………………………………………………………………………………  Tél (ligne directe) :  E-mail : ………………………………………………………..@.................... |
| **Médecin de prévention chargé du suivi de l’agent**  Nom : …………………………………………………………………………………..  Adresse :  ……………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………..  Tél :  E-mail : …………………………………………………………@.................... |
| **Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis**  Question n°1  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Question n°2  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Question n°3  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**3. IDENTIFICATION DE L’AGENT**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’AGENT** |
| **Nom d’usage :** ………………………………………………………………….…..  **Prénom :** ……………………………………………………………………….………  **Nom de naissance :** ……………………………………………………………… |
| **Date de naissance :** ……………………………………………………………… à …………………………………………………  **N° sécurité sociale :** …………………………………………………………….. |
| **Adresse :**  ……………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………….  **Tél :**  **E-mail :** |
| **Médecin traitant de l’agent**  **Nom :** …………………………………………………………………………………..  **Adresse :**  ………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………  **Tél :**  **E-mail :** |
| **SITUATION ADMINISTRATIVE DE L’AGENT** |
| **Grade :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Service/affectation :** …………………………………………………………………………………………………………………….  **Fonctions exercées actuellement :** ……………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Statut**  □ titulaire CNRACL □ titulaire IRCANTEC  □ stagiaire □ non titulaire |
| **Nombre d’heures hebdomadaires**  □ temps complet  □ temps partiel : …………….…..%  □ temps non complet : …………….…… heures |
| **Date d’entrée :**  dans la fonction publique territoriale : ………………………………………  dans la collectivité : …………………………………………………………………..  dans le poste occupé actuellement : …………………………………………. |

**4. RECAPITULATIF DES CONGES DEJA OBTENUS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de congé** | **Dates** |
| Congés de maladie ordinaire (périodes de congés déjà obtenues sur les 12 derniers mois) | * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… |
| Congés de longue maladie obtenus | * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… |
| Congés de longue durée obtenus | * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… |
| Temps partiels thérapeutiques obtenus | * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… |
| Disponibilités d’office pour maladie obtenues | * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… |
| Congés de grave maladie obtenus | * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… |
| Réintégration | * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… * du ……………….….………. au …………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Droits à congés restant ouverts |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dernier avis du comité médical départemental** | **Date** |
|  |  |