

**DEMANDE DE SAISIE DU COMITÉ MÉDICAL**

***Formulaire autorité territoriale***

Monsieur le Maire ou le Président : …………………………………………………….........................................

Collectivité ou Etablissement public : ……………………………………………………………………………….

Monsieur le Président du Centre de gestion,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le dossier de l’agent :

Nom : …………………………………………………………………………………………

Prénom :…………………………………………………………………………………….

afin d’obtenir l’avis du comité départemental sur :

□ Prolongation de maladie ordinaire au-delà de 6 mois

□ Octroi d’un congé longue maladie/grave maladie

□ Renouvellement d’un congé longue maladie/grave maladie

□ Octroi d’un congé longue durée

□ Renouvellement d’un congé longue durée

□ Octroi d’une disponibilité d’office

□ Renouvellement d’une disponibilité d’office

□ Réintégration à l’issue de 12 mois de CMO, ou d’un CLM, ou d’un CLD, ou d’un CGM

□ Aptitude ou inaptitude physique totale et définitive aux fonctions de l’agent

□ Aptitude ou inaptitude physique totale et définitive à toutes fonctions

□ Reclassement pour inaptitude physique

□ Retraite pour invalidité

□ Octroi ou renouvellement d’un temps partiel thérapeutique uniquement en cas d'avis non concordant entre le médecin traitant et le médecin agréé

□ Autres : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

Vous trouverez également ci-joint, le dossier de saisine du comité médical départemental dûment complété, accompagné des pièces suivantes :

Fait à …………………………………………

Le ………………………………………………

Signature de l’autorité territoriale

et cachet de la collectivité

*Pièces à joindre à la demande*

*□ Lettre de l’agent adressée à sa collectivité précisant la nature du congé demandé*

*□ Certificat médical du médecin traitant spécifiant que l’agent est susceptible de bénéficier du congé demandé*