CENTRE DE GESTION
Partenaire de proximité

CONSEIL MEDICAL DEPARTEMENTAL
FORMATION PLENIERE

STAGIAIRES ET TITULAIRES CNRACL

Formulaire de saisine

Service du Conseil médical
Tel : 04.50.09.53.72 et 04.50.09.53.73
conseil-medical@cdg74.fr

Identification de la collectivité ou de l'établissement employeur

Collectivité ou établissement :

.....

Adresse : .....

Nom et prénom de l'agent chargé du suivi du dossier :

.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Médecin du travail en charge du suivi de l'agent

Nom/Prénom :.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Identification de l'agent

Nom patronymique : ..... **Prénom :** .....

Nom d'usage : ..... Date et lieu de naissance : le ..... à .....

Adresse :

Téléphone (si accord de l'agent) : .....

Courriel (si accord de l'agent pour envoi du PV) : .....

Médecin traitant en charge du suivi de l'agent

Nom/Prénom :.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Statut de l'agent : ☐**stagiaire CNRACL** ☐**titulaire CNRACL**

Poste : ☐communal ☐intercommunal ☐pluri communal

Filière : ..... Grade : .....

Service d'affectation : .....

Emploi : .....

Dates de nomination : stagiaire : ..... : titulaire : .....

Durée travail hebdo :☐ temps complet ☐temps partiel : .....% ☐ temps non complet : .....h..... mn

Le dossier complet, sous pli confidentiel, est à envoyer à
CDG 74 – Service du Conseil médical
44 Rue du Goléron 74370 ANNECY

Version 01/2025

NATURE DE LA SAISINE (cocher la ou les cases concernées)

Octroi d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)

☐ Imputabilité d'un **accident de service** non reconnue en raison d'une faute personnelle ou d'une circonstance détachant l'accident du service ;

- Raison du refus :

☐ Imputabilité d'un **accident de trajet** non reconnue en raison d'un fait personnel ou d'une circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités potentiellement de nature à détacher l'accident de trajet du service ;

- Raison du refus :

☐ Reconnaissance d'une **maladie professionnelle**

- inscrite aux tableaux, non reconnue en raison de critères sur le délai de prise en charge ou de la liste des tâches effectuées non remplis ;
- **hors tableaux** ;

☐ Imputabilité d'une **rechute**

- Raison du refus :

☐ Prise en charge des arrêts de travail, des frais médicaux et des soins en cas de **contestation des conclusions d'un médecin agrée** et date de consolidation éventuelle

- Par l'autorité territoriale,
- Par l'agent ;

☐ **Aptitude, reclassement professionnel suite à un accident de service ou une maladie professionnelle**

- Octroi d'un temps partiel thérapeutique suite à un CITIS

☐ **Demande initiale de l'allocation temporaire d'invalidité** (ATI)

☐ **Révision de l'ATI**

Retraite

☐ Retraite pour invalidité des fonctionnaires affiliés à la CNRACL ;
☐ Majoration spéciale pour tierce personne ;
☐ Retraite d'un fonctionnaire CNRACL (conjoint invalide)

Avis des conclusions d'un médecin agrée

- dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique

EXPOSE DES CIRCONSTANCES QUI MOTIVENT LA SAISINE

Circonstances et questions précises pour lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date

Signature de l'autorité territoriale

Cachet de l'établissement