

**FORMULAIRE DE DECLARATION  
MALADIE PROFESSIONNELLE  
  
(FONCTIONNAIRE CNRACL)**

*Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines  
N'oubliez pas de joindre un certificat médical*

**Etat civil de la victime**

Nom et prénom de l'agent : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Email.....

Numéro de Sécurité sociale : .....

**Situation administrative**

Fonctionnaire :  titulaire  stagiaire

Durée hebdomadaire :

Temps complet  Temps non complet ..... (précisez la durée hebdomadaire)

Grade : .....

Service d'affectation : .....

Poste : .....

Date d'entrée dans les fonctions actuelles : .....

Fonctions exercées (dans votre poste actuel)

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

**Collectivité employeur** (à remplir par la collectivité)

Nom : .....

Adresse.....  
.....

Tél..... Email.....

Nom de la personne à contacter pour le suivi de votre dossier ou toute question sur la déclaration :

..... Tel : .....



**Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition** (environnement de travail, tâche exécutée, geste effectué, etc.), décrivez en quoi ces situations de travail sont-elles liées à l'apparition de votre maladie :

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

**Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle** (machine, appareil, produit ou substance utilisée ...) :

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

**En cas de rechute d'une maladie déjà reconnue imputable au service** (à remplir le cas échéant)

Date de survenance de la maladie initiale : .....

Date de la rechute : .....

Employeur ayant reconnu la maladie initiale.....

**Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'une maladie professionnelle**

- certificat médical de maladie professionnelle (obligatoire)
- témoignages
- pli confidentiel – secret médical (à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel - secret médical »)
- Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale
- Autres documents médicaux (copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister)

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

Je soussigné(e) (nom, prénom).....

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à ..... Le (date de déclaration) .....

Signature de l'agent (ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)