



FORMULAIRE DE SAISINE CONSEIL MEDICAL/FORMATION PLENIERE

A remplir par l'employeur et à transmettre par courrier sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DES DEUX-SEVRES

Secrétariat du conseil médical

9 Rue Chaigneau - CS 80030 - 79403 SAINT MAIXENT L'ECOLE

Téléphone (de 8 h à 12 h00) : 05.49.06.31.40 ou 05.49.06.31.41

Mail : com-reforme@cdg79.fr

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR :

COLLECTIVITE/ETABLISSEMENT :

 Pour la facturation : si plusieurs SIRET, indiquer obligatoirement celui concerné par le dossier ou préciser le nom du service.

Adresse :

Personne chargée du dossier :

TELEPHONE :MAIL :

IDENTIFICATION DE L'AGENT:

NOM patronymique et Prénom : _____

NOM usuel _____

Date de naissance : ____/____/____ NIR (obligatoire) :

Adresse :

TEL/fixe :TEL/portable : Mail : @.....

Date d'entrée dans la collectivité :/...../.....Date d'entrée sur le poste actuel :/...../.....

Date de titularisation :/...../.....

Statut / Titulaire affilié à la CNRACL Stagiaire affilié à la CNRACL

Nombre d'heures hebdomadaire :

Catégorie hiérarchique : Grade actuel :

Fonctions exercées :

Lieu des fonctions exercées :

Agent intercommunal : oui nom collectivité/établissement :

Médecin du travail :Médecin traitant :

Si expertise, date :

Nom médecin agréé

Service instances médicales/conseil médical/plénière Mise à jour le 12/05/2022

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service des instances médicales du CDG79 ;Elles sont conservées pendant la durée de l'instruction du dossier et selon décret n°85-643 du 26 juin 1985 relatif aux centres de gestion institués par la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique territoriale. Conformément à la loi << informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant : com-reforme@cdg79.fr. Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : www.cnil.fr

ARRETS (et soins le cas échant) ou joindre un tableau récapitulatif			
Nature	Survenu le :	Arrêt (ou soins) du	au

OBJET(S) DE LA SAISINE

- **Imputabilité au service de :**
 - l'accident (*en cas d'éléments de nature à détacher l'accident du service*), survenu le
 - maladie professionnelle (si présomption d'imputabilité non remplie) constatée le
 - maladie contractée en service (non désignée dans un tableau) constatée le
- **Imputabilité au service d'une rechute en rapport avec :**
 - Un accident de service/accident de trajet survenu le
 - Une maladie professionnelle / maladie contractée en service constatée le
- **Consolidation taux IPP (Séquelles)**
- **Demande d'allocation temporaire d'invalidité (ATIACL)**
 - attribution
 - Révision : quinquennale sur demande
 - suite nouvel évènement radiation des cadres
- **Demande de retraite pour invalidité**
- **Demande de majoration spéciale pour tierce personne**
- **Demande de retraite pour conjoint invalide ou pour enfant invalide**
- **Autres cas**

Questions complémentaires / Observations

Fait à.....Le :Signature cachet de l'autorité

Service instances médicales/conseil médical/plénière Mise à jour le 12/05/2022

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service des instances médicales du CDG79 ;Elles sont conservées pendant la durée de l'instruction du dossier et selon décret n°85-643 du 26 juin 1985 relatif aux centres de gestion institués par la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique territoriale. Conformément à la loi << informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant : com-reforme@cdg79.fr. Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : www.cnil.fr