

**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)