

**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 :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Date de la première constatation de la maladie :
(figurant sur le certificat médical initial)

Désignation de la maladie déclarée :

Numéro et titre du tableau correspondant à la maladie ou des maladies inscrite(s) aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R.461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code (si votre médecin y fait référence):

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies (Indiquez la nature et les manifestations de la maladie que le médecin a constaté)

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

Etes-vous ? Droitier Gaucher

Situation professionnelle à la date de constatation de la maladie (Occupiez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés annuels, en congés de maladie ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité...)

.....
.....

Situation professionnelle dans les 12 mois précédents la date de constatation de la maladie (Occupiez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés de maladie ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité...)

.....
.....

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du.....au.....
du.....au.....
du.....au.....
du.....au.....

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (s'il est connu) (* début et fin d'exposition au risque)

Lieu d'exposition au risque (atelier, garage, piscine, crèche...)	Nature du risque (chimique, sonore, thermique,...)	Date de début*	Date de fin*	Employeur (en rapport avec la période d'exposition au risque)

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)