

BORDEREAU DE TRANSMISSION A LA COMMISSION DE REFORME

CDG 35 - Service Conditions de travail
Village des Collectivités territoriales - 1 avenue de Tizé - CS 13600 - 35236 THORIGNE-FOUILLARD CEDEX

Collectivité :	
Nom - prénom :	Date de naissance :
Adresse de l'agent :	
Grade :	Fonctions :
Nombre d'heures hebdomadaires :	
<input type="checkbox"/> Temps complet	
<input type="checkbox"/> Temps non complet : heures minutes (<i>emploi créé pour une durée inférieure au temps complet</i>)	
<input type="checkbox"/> Temps partiel : % (<i>emploi créé à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel</i>)	
Nom du médecin de prévention :	Date d'embauche :

Commission de Réforme
Première soumission du dossier pour une demande d'imputabilité au service :
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, date de la dernière soumission :
Avis émis lors de la dernière séance :

Objet de la présente soumission
<input type="checkbox"/> Demande d'imputabilité au service du CITIS (accident de service, accident de trajet, maladie survenue dans l'exercice des fonctions) en cas de non reconnaissance de l'imputabilité par la collectivité du
<input type="checkbox"/> Demande d'imputabilité au service d'un acte de dévouement du
<input type="checkbox"/> Demande d'imputabilité de la rechute avec nouvelles circonstances précises en rapport avec le CITIS en cas de non reconnaissance de l'imputabilité par la collectivité du
<input type="checkbox"/> Demande de prise en charge des prolongations d'arrêt de travail supérieur à 1 an : du
<input type="checkbox"/> Demande de prise en charge des frais médicaux si contestation
<input type="checkbox"/> Demande de prise en charge d'une cure thermale
<input type="checkbox"/> Demande de temps partiel pour raison thérapeutique en cas de divergence entre le médecin traitant et le médecin agréé
<input type="checkbox"/> Demande de reclassement professionnel
<input type="checkbox"/> Demande d'allocation temporaire d'invalidité, révision quinquennale, révision nouvel accident
<input type="checkbox"/> Demande d'allocation d'invalidité temporaire
<input type="checkbox"/> Demande de disponibilité d'office pour maladie
<input type="checkbox"/> Demande de prolongation d'activité
<input type="checkbox"/> Demande de mise à la retraite pour invalidité des fonctionnaires CNRACL
<input type="checkbox"/> Demande de majoration spéciale pour tierce personne
<input type="checkbox"/> Demande de pension d'orphelin infirme à la charge du fonctionnaire
<input type="checkbox"/> Demande d'allocations supplémentaires des fonctionnaires en retraite
<input type="checkbox"/> Demande de mise à la retraite CNRACL (enfant invalide, conjoint invalide)
<input type="checkbox"/> Demande de réintégration d'un fonctionnaire retraité pour invalidité
<i>Pièces transmises (voir "Guide de procédure d'instruction des dossiers")</i>
<input type="checkbox"/> Déclaration administrative du CITIS
<input type="checkbox"/> Description du poste de travail (pour reconnaissance maladie survenue dans l'exercice des fonctions)
<input type="checkbox"/> Rapport hiérarchique sur le bien-fondé de la demande
<input type="checkbox"/> Demande de l'intéressé
<input type="checkbox"/> Rapport des témoins
<input type="checkbox"/> Certificats médicaux (initial, prolongation, reprise, final, rechute)
<input type="checkbox"/> Certificat médical détaillé de prescriptions de soins
<input type="checkbox"/> Avis du médecin agréé pour le TPT
<input type="checkbox"/> Expertise médicale d'un médecin agréé
<input type="checkbox"/> Rapport du médecin de prévention
<input type="checkbox"/> Fiche d'aptitude du médecin de prévention
<input type="checkbox"/> Plan du trajet
<input type="checkbox"/> Historique des accidents de service, de trajet ou maladies survenues dans l'exercice des fonctions. [joindre le dossier administratif (P.V. + déclaration) et le dossier médical (expertise médicale)].
<input type="checkbox"/> Dossier ATIACL (rapport administratif et rapport médical)

A imprimer sur un papier entête de la collectivité employeur