

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A remplir par l'administration et à adresser à :

DDCSPP DU HAUT-RHIN
Cité Administrative – Bâtiment C
Secrétariat du Comité Médical
68026 COLMAR CEDEX

Téléphone : 03 89 24 82 08
Télécopie : 03 89 24 82 07
Courriel : ddcspp-cmcr@haut-rhin.gouv.fr

OBJET DE LA DEMANDE :

- | | |
|---|---|
| Prolongation du congé ordinaire de maladie <input type="checkbox"/> | Réintégration temps plein <input type="checkbox"/> |
| Attribution d'un congé de longue maladie <input type="checkbox"/> | Reprise à temps partiel thérapeutique (préciser
quotité de travail (de 50 à 90 %) <input type="checkbox"/> |
| Attribution d'un congé de grave maladie <input type="checkbox"/> | Prolongation du temps partiel thérapeutique <input type="checkbox"/> |
| Prolongation d'un congé de longue maladie <input type="checkbox"/> | Autre demande (à préciser) : |
| Attribution d'un congé de longue durée
après un an de congé de longue maladie <input type="checkbox"/> | |
| Prolongation d'un congé de longue durée <input type="checkbox"/> | |
| Attribution d'une disponibilité d'office <input type="checkbox"/> | |
| Prolongation de la disponibilité d'office <input type="checkbox"/> | |

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Grade :

Date d'entrée dans l'administration :

Adresse personnelle :

En cas d'hospitalisation, préciser le lieu :

L'agent est en congé ordinaire de maladie ininterrompu depuis le :

L'agent a-t-il eu au cours de sa carrière un dossier ouvert dans un Comité Médical :

OUI NON

Dans l'affirmative dans quel département : Haut-Rhin
Autre Préciser lequel :

Si oui, à quelle date a-t-il repris ses fonctions ?

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Certificat médical du médecin traitant
- Demande de l'agent
- Avis du médecin du travail
(dans les cas prévus par la réglementation)

A _____ le _____
Signature du Chef de Service