	FORMULAIRE DE SAISINE	
	Objet : COMMISSION DE REFORME	**Date :** 08/2020

PAGES 1, 2 et 3 ***à transmettre*** ***SOUS PLI CONFIDENTIEL*** ***au***

Centre de Gestion du Cantal
COMMISSION DE REFORME
Parc d'Activités de Tronquières
14 avenue du Garric
15000 AURILLAC

Vos interlocuteurs :

Françoise NANGERONI
☎ : 04.71.63.35.25
francoise.nangeroni@cdg15.fr

Béatrice VIGNERESSE
☎ : 04.71.63.87.68
beatrice.vigneresse@cdg15.fr

I - *IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE*

COLLECTIVITE :

ADRESSE :

AGENT EN CHARGE DU SUIVI DU DOSSIER :

☎ (ligne directe) : email :

II - *IDENTIFICATION DE L'AGENT BENEFICIAIRE*

NOM : NOM PATRONYMIQUE :

PRENOM :

ADRESSE :

☎ (Domicile): ☎ (Portable):
Renseigner IMPERATIVEMENT un numéro de téléphone

MEDECIN TRAITANT DE L'AGENT :

ADRESSE :

☎: email :

Parc d'activités de Tronquières – Village d'entreprises – 14, Avenue du Garric – 15 000 AURILLAC
Tél. : 04.71.63.89.35 – Fax : 04.71.63.89.36 – E-mail : cdg15@cdg15.fr – Site web : www.cdg15.fr

III - *SITUATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE*

Grade :

Affectation / service :

Fonctions actuelles détaillées exercées par l'agent - joindre obligatoirement la fiche de poste:

Stagiaire ☐ Titulaire ☐ Depuis le :

Durée hebdomadaire de travail : ☐ Temps complet

☐ Temps non complet : Heures Minutes
=> emploi créé pour une durée inférieure au temps complet

☐ Temps partiel : %
=> emploi créé à temps complet, l'agent a été autorisé à travailler à temps partiel

Autres employeurs : nombre d'heures :
(y compris dans le secteur privé)
Fonctions exercées dans cet emploi :

III – *MOTIFS DE SAISINE – uniquement fonctionnaires affiliés à la CNRACL*
(titulaires et stagiaires dont la durée hebdomadaire de travail est au moins égale à 28 heures)

L'agent est-il actuellement en arrêt de travail ? ☐ oui ☐ non
Si oui, indiquer les périodes d'arrêt de travail concernées (ou fournir un état des congés maladie)
……..
Si non, indiquer la date de reprise
……..

☐ **Imputabilité au service (en cas de non reconnaissance) d'un(e)** :

☐ Accident de service
* préciser la nature de la faute personnelle de l'agent ou les circonstances particulières permettant de détacher l'accident du service
……
……
……
……
……

☐ Accident de trajet
* préciser le fait personnel ou les circonstances particulières permettant de détacher l'accident du trajet habituellement effectué
……
……
……
……
……

☐ Maladie survenue dans l'exercice des fonctions
☐ Maladie contractée en service désignée dans un tableau de maladie professionnelle dont un critère n'est pas rempli
☐ Maladie non désignée dans un tableau de maladie professionnelle

Parc d'activités de Tronquières – Village d'entreprises – 14, Avenue du Garric – 15 000 AURILLAC
Tél. : 04.71.63.89.35 – Fax : 04.71.63.89.36 – E-mail : cdg15@cdg15.fr – Site web : www.cdg15.fr

☐ Imputabilité au service (en cas de non reconnaissance) d'une rechute :
- ☐ Accident de service
- ☐ Accident de trajet
- ☐ Maladie survenue dans l'exercice des fonctions

☐ Prise en charge des frais médicaux consécutifs à un accident ou une maladie survenue à l'occasion de l'exercice des fonctions

☐ Attribution d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI)
- ☐ Attribution
- ☐ Révision

☐ Consolidation, reclassement, aptitude ou inaptitude suite à un accident ou maladie survenue à l'occasion de l'exercice des fonctions
- ☐ Consolidation
- ☐ Reclassement
- ☐ Aptitude ou inaptitude

☐ Temps partiel thérapeutique (après accident de service ou maladie professionnelle) - en cas de discordance entre l'avis du médecin traitant et l'avis du médecin agréé -
- ☐ Attribution
- ☐ Prolongation

☐ Attribution d'une allocation d'invalidité temporaire (AIT) (prestations espèces régime spécial de sécurité sociale)

☐ Prolongation au titre de la dernière période de disponibilité d'office pour raisons de santé

☐ Retraite pour invalidité
- ☐ Imputable au service
- ☐ Non imputable au service

☐ Demande de retraite anticipée au titre du conjoint invalide
NOM et Prénom du conjoint Né(e) le :

☐ Demande de pension d'orphelin infirme à la charge du fonctionnaire :
NOM et prénom de l'orphelin Né(e) le :
Adresse :

☐ Demande de majoration spéciale pour tierce-personne

☐ AUTRE (précisez) :
……

Observations complémentaires de la collectivité :
……
……
……

Fait le A

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité

Tout dossier incomplet sera retourné à la collectivité

Parc d'activités de Tronquières – Village d'entreprises – 14, Avenue du Garric – 15 000 AURILLAC
Tél. : 04.71.63.89.35 – Fax : 04.71.63.89.36 – E-mail : cdg15@cdg15.fr – Site web : www.cdg15.fr