



FORMULAIRE TPT A ADRESSER AU MEDECIN AGREE

Collectivité :

Prolongation

Nom, Prénom de l'agent :

Contrôle

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

L'agent a déjà bénéficié de périodes d'activité à temps partiel thérapeutique au cours de sa carrière :

NON

OUI

Si oui, périodes de temps partiel thérapeutique déjà accordées au cours de la carrière :

Du au (soitmois)

Du au (soitmois)

Du au (soitmois)

Du au (soitmois)

Du au (soitmois)

Du au (soitmois)

CADRE RESERVE AU MEDECIN AGREE

Je soussigné(e) Docteur.....reconnais avoir examiné M/Mmedans le cadre d'une expertise médicale réalisée à mon cabinet le et conclus aux préconisations suivantes :

AVIS FAVORABLE à la prolongation ou au maintien à temps partiel thérapeutique

➤ Quotité de temps de travail proposée :

50%

60%

70%

80%

90%

➤ Durée de la période proposée : 1 mois 2 mois 3 mois

➤ Cette période est-elle renouvelable ? Non Oui

Si l'agent a déjà bénéficié de périodes d'activité à temps partiel thérapeutique (cf. historique ci-dessus), veuillez préciser si le temps partiel demandé est en lien avec le même groupe d'affection que celui pour lequel les périodes précédentes ont été accordées :

➤ En lien Non Oui (Souligner les périodes mentionnées ci-dessus)

AVIS DEFAVORABLE à la prolongation ou au maintien à temps partiel thérapeutique

L'avis d'un médecin agréé spécialiste est-il nécessaire ?

Non Oui (Préciser la spécialité :.....)

Date

Cachet et signature du médecin agréé