cerfa

N° 60-3950

DIAD

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE ☒
DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE ☐

(Articles L 461-1, L 461-5, R 441-11, R 461-3 et 5, D 461-29 du Code de la sécurité sociale)

LA VICTIME ENVOIE A SA CAISSE, LES 4 PREMIERS VOLETS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS SUIVANT L'ARRET DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5ème VOLET

Première demande : OUI ☒ NON ☐ si NON, date de la 1re demande

Réservé CPAM

CPAM

LA VICTIME

N° d'immatriculation 1 85 01 16 37 404 1 16

À défaut, sexe : M Date de naissance 14 01 1985

Nom et prénom *(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))* CHAILLOUX Sébastien

Nationalité Française ☒ C.E.E. ☐ Autre ☐

Adresse 5 chemin du Vlerc

Code Postal 16560 AUSSAC-VADALLE

Date d'embauche 21 12 2011 Profession Adjoint technique territorial

Qualification professionnelle Ancienneté dans le poste

Tableau MP

LA NATURE DE LA MALADIE

Le(la) soussigné(e), déclare être atteint(e) de (ou que la victime est atteinte de) :

canal carpien confirmé à l'EMG avec atteinte sensitivo motrice en attente d'un avis chir.

Syndrome Code MP

Date de la 1re constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail 12 11 2021

LE DERNIER EMPLOYEUR

Nom et prénom ou raison sociale Commune d'Aussac-Vadalle

CTN

Adresse 61, rue de la République

Code Postal 16560 AUSSAC-VADALLE N° de Téléphone 05 45 20 61 60

Groupement d'activité

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

Adresse

N° de Téléphone

Code Postal

N° SIRET de l'établissement 21160024200013

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime

LA DUREE DE L'EXPOSITION

Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)

Nom et adresse des employeurs	du	Période	au	Poste occupé

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

LES PIECES A JOINDRE

- ■ **Certificat médical en double exemplaire**
- ■ **Attestation de salaire établie par le dernier employeur**

LE DECLARANT *(à compléter si le déclarant n'est pas la victime)*

Nom et prénom *(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))* CHAILLOUX Sébastien

Adresse 5 chemin du Vlerc 16560 AUSSAC-VADALLE

Qualité Adjoint technique territorial

Fait à Vadalle le 23 09 2021 Signature

Imprimerie abrègue imprimeur - UCANSS - Edition 03/17