

Décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique territoriale

PREMIERE DEMANDE

(ou renouvellement si moins de 3 mois déjà accordés)

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom : Prénom(s) :

Collectivité :

Grade : Fonctions :

Demande un temps partiel thérapeutique à compter du :

A Le Signature

2. Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur certifie que l'état de santé de

Nom : Prénom(s) :

Nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :

☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%

A compter du : / / et pour : ☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois

Selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

La demande est en lien avec :

- ☐ Un accident de service ou une maladie professionnelle
- ☐ Un congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée
- ☐ Aucun congé pour raison de santé préalable

A Le

Signature + coordonnées du praticien