

Annexe 1 : Formulaire de Saisine de la collectivité

**FORMULAIRE DE SAISINE DU COMITE MEDICAL
DES AGENTS DE LA
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

COLLECTIVITE : Mairie d'Aussac-Vadalle

ADRESSE : 61, Rue de la République

Nom de la Personne en charge du dossier : CRIZARD

Tel : 05 45 20 61 60

Mail : marie@aussac-vadalle.fr

NOM DU MEDECIN DE PREVENTION CHARGE DU SUIVI MEDICAL DE L'AGENT CONCERNE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

DR MARTIN Jean Bruno

Aussac-Vadalle le 22/12/2020

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité

Le Maire,

Gérard LIOT



IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

NOM : LALUT NOM PATRONYMIQUE :

Prénom : Pascal Tel : 05 45 20 31 33

ADRESSE : 2, Rue du Bois de la Croix
Ravaud

16560 Aussac-Vadalle

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : Le 11/09/1962 à Angoulême

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT

Grade : adjoint technique territorial principal de 2^e classe

Catégorie Active : ☒

Catégorie Sédentaire : ☐

Affectation : Service technique

Fonctions actuelles exercées par l'agent : entretien de la voirie et des bâtiments

Stagiaire ☐

(cocher la case correspondante)

Titulaire ☒

Non titulaire ☐

Date d'embauche : 13/11/2006

Date de titularisation : 01/02/2008

Agent en situation de détachement : ☐ OUI

☒ NON

Nombre d'heures hebdomadaires :

☒ 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 :

Fonctions :

Autres employeurs : nombre d'heures :

Fonctions :

EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT A LA SAISINE

QUESTIONS PRECISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITE SOUHAITE OBTENIR UN AVIS

.....
.....
.....

TYPE DE CONGÉ MALADIE DEMANDÉ

I / FONCTIONNAIRES AFFILIÉS AU REGIME SPÉCIAL

A COMPTER DU

☒ Congé de **MALADIE ORDINAIRE** (au terme d'une période de 6 mois consécutifs) : 27/06/20

☐ Congé de **LONGUE MALADIE**

☐ Octroi

☐ Renouvellement

– d'office/...../.....

– sur demande de l'agent/...../.....

INFORMATION : Au terme de la première année de congé de longue maladie, et lorsque la pathologie ouvre droit au congé de longue durée, l'agent peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM.

L'agent a opté pour :

☐ CLD

☐ Prolongation CLM

Dans ce cas joindre obligatoirement un courrier de l'agent précisant son choix

☐ Congé de **LONGUE DUREE**

☐ Octroi

☐ Renouvellement

– d'office/...../.....

– sur demande de l'agent/...../.....

☐ **DISPONIBILITE D'OFFICE** pour maladie (à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie)

☐ Octroi

☐ Renouvellement

...../...../.....

☐ **REINTEGRATION**

...../...../.....

☐ après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire,

☐ à l'issue d'un congé de longue maladie,

☐ à l'issue d'un congé de longue durée,

☐ à l'issue d'une période de disponibilité d'office pour maladie

☐ **REPRISE A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

...../...../.....

UNIQUEMENT si avis discordant médecin traitant et médecin agréé

☐ **APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE**

...../...../.....

☐ à ses fonctions

☐ aux fonctions correspondants aux emplois de son grade

☐ à toutes fonctions

☐ **AUTRES** (ex. : aménagement des conditions de travail, etc...) :

...../...../.....

.....
.....
.....
.....
.....

II / FONCTIONNAIRES AFFILIÉS AU RÉGIME GÉNÉRAL

A COMPTER DU

☐ Congé de **MALADIE ORDINAIRE** (au terme d'une période de 6 mois consécutifs) :/...../.....

☐ Congé de **GRAVE MALADIE**

NB : fonctionnaires territoriaux stagiaires et titulaires effectuant un temps non complet de moins de 28 H et agents non titulaires comptant au moins 3 années de service quel que soit le nombre d'heures effectuées hebdomadairement) :

☐ Octroi

☐ Renouvellement

– d'office/...../.....
– sur demande de l'agent/...../.....

☐ **DISPONIBILITE D'OFFICE** pour maladie (à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie)

☐ Octroi

☐ Renouvellement

...../...../.....

☐ **REINTEGRATION**

...../...../.....

☐ après 12 mois consécutifs de maladie ordinaire,

☐ à l'issue d'un congé de grave maladie,

☐ à l'issue d'une période de disponibilité d'office pour maladie :

☐ **APTITUDE OU INAPTITUDE PHYSIQUE TOTALE ET DEFINITIVE**

...../...../.....

☐ aux fonctions de

☐ Aux fonctions correspondants aux emplois de son grade

☐ à toutes fonctions

☐ **AUTRES**

...../...../.....

.....
.....
.....
.....
.....

II / AGENTS NON TITULAIRES

☐ Congé de **GRAVE MALADIE**

(agents non titulaires comptant au moins 3 années de service quel que soit le nombre d'heures effectuées hebdomadairement) :

☐ Octroi

☐ Renouvellement

– d'office:/...../.....
– sur demande de l'agent:/...../.....

☐ **APTITUDE**

- Fin des droits à congé maladie ordinaire
- à l'issue d'un congé de grave maladie,

...../...../.....

RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJÀ OBTENUS

TYPE DE CONGÉS	DATES
Congés de maladie ordinaire obtenus (sur les douze derniers mois pour leur durée effective)	19/11/2019 au 02/02/2020 27/06/2020 au 19/01/2021
Congés de longue maladie obtenus	
Congés de longue durée obtenus	
Temps partiel thérapeutique obtenu	
Disponibilité d'office pour maladie obtenue	
Congés de grave maladie obtenus	
Relevé des congés longue maladie, longue durée, grave maladie, mi-temps thérapeutique obtenus au cours de la carrière de l'agent	

Dernier avis du comité médical

...../.....