

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*

ADRESSE : *61, rue de la République, 16560 AUSSAC-VADALLE*

Nom de la Personne en charge du dossier : *(R)OIZARD* ☎ : *05.45.20.61.60*
Mail : *mairie@aussac-vadalle.fr*

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

NOM DU MEDECIN TRAITANT :
Docteur MARTIN Jean Bruno

AUSSAC-VADALLE le 11/06/2021.

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité

Le Maire,

Gérard LIOT



IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ

NOM : *LALVIT* NOM PATRONYMIQUE :

Prénom : *Pascal* ☎ : *05.45.20.31.33*

ADRESSE : *2, rue du Bois de la Vioie
Rawaud*

16560 AUSSAC-VADALLE

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

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT

Grade : Adjoint technique territorial principal de 2ème classe

Catégorie Active :

Catégorie Sédentaire :

Affectation : entretien voirie bâtiments

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 : 01/02/2007

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 : *etisM s.I* *TOU BIS 1985*

Autres employeurs : nombre d'heures :

Fonctions :

EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT A LA SAISINE

QUESTIONS PRECISES SUR LESQUELLES LA COLLECTIVITE SOUHAITE OBTENIR UN AVIS

Inaptitude définitive suite à une décision de reclassement externe et au délai de 3 mois écoulé après inscription à la bourse de l'emploi sans trouver de poste, en vue de la saisine de la Commission de réforme.

TYPE DE CONGÉ MALADIE DEMANDÉ

I / FONCTIONNAIRES AFFILIÉS AU RÉGIME SPÉCIAL

A COMPTER DU

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

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

27.06.2021

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 :I.....I.....
- sur demande de l'agent :I.....I.....

APTITUDE

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

RELEVE DES CONGES POUR RAISON DE SANTE DEJA OBTENUS

TYPE DE CONGÉS	DATES
Congés de maladie ordinaire obtenus (sur les douze derniers mois pour leur durée effective)	27/06/2020 au 15/09/2020 16/09/2020 au 14/10/2020 15/10/2020 au 15/11/2020 16/11/2020 au 20/12/2020 21/12/2020 au 15/01/2021 10/01/2021 au 14/02/2021 15/02/2021 au 14/03/2021 15/03/2021 au 18/04/2021 19/04/2021 au 30/05/2021 31/05/2021 au 30/06/2021
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