

Déclaration de maladie professionnelle ou reconnue d'origine professionnelle

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Division des personnels administratifs et techniques DIPATE 3

Affaire suivie par :

Nadia BELLANCE

Tél : 01 64 41 27 43

Mél : Nadia.Bellance@ac-creteil.fr

20, quai Hippolyte-Rossignol

77 000 Melun

www.dsden77.ac-creteil.fr

- Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1^{er} et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés)
- Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités, établissements mutualisateurs...).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE :

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme

M.

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Date de naissance : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|

Numéro d'agent (NUMEN) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse personnelle :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique (facultatif) :@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire

titulaire

non titulaire

Maître à titre définitif

A

B

C

CORPS/GRADE DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique professionnelle :@.....

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de la constatation de la maladie : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

DEPOSITION DE L'AGENT DECRIVANT L'ACTIVITE EXERCEE (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire, etc..., tâche exécutée, geste effectué, machine, outil ou produits utilisés, etc...*) :

A compléter par la fiche de poste établie par le supérieur hiérarchique ¹

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

DESCRIPTION DU SIEGE ET DE LA NATURE DE LA OU DES PATHOLOGIES :

Fournir obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les pathologies

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

sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès immédiat

L'agent a-t-il déjà été victime d'une ou de plusieurs maladie(s) professionnelle(s) ou d'un ou de plusieurs accident(s) de service ou du travail ? OUI NON Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : Académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005,
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à, le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature de l'agent

Fait à, le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

¹ Joindre à la déclaration le rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent.