

NOM et Prénom de l'agent :

CITIS

LES MALADIES PROFESSIONNELLES

LA MALADIE CONTRACTÉE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le formulaire de saisine de transmission des dossiers au Conseil Médical en formation plénière (téléchargeable sur le site Internet du CDG86),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le formulaire CITIS « Maladie professionnelle » complété, daté et signé par l'agent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les certificats médicaux décrivant les lésions (certificat initial, de prolongation, etc. : volet 1 ou 2),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La description du poste de travail de l'agent concerné (et non de la fonction),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un état récapitulatif des différents arrêts de travail liés à la maladie,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le rapport hiérarchique,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'expertise médicale réalisée par un médecin agréé,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'avis médical du médecin du travail (la transmission de ce document est obligatoire),
		Et éventuellement :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tous documents susceptibles d'apporter des éléments complémentaires dans la décision médicale

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière _____

NOM et Prénom de l'agent :

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____