Collectivité

Nom de la collectivité :.....
Adresse :.....
Code postal :.....Ville :.....

Agent

Nom (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) :..... Sexe
Prénom :..... M ❒ F ❒
Date de naissance : ___/___ ___/___ ___/___/___/___
Adresse :.....
Code postal :.....Ville :.....
Entrée dans la collectivité : ___/___ ___/___ ___/___/___/___
Grade :..... Catégorie : **A** ❒ **B** ❒ **C** ❒
Fonctions exercées :.....
Statut : Temps complet ❒ Temps non complet ❒
Titulaire ❒ Stagiaire ❒

Maladie

Date de déclaration de la maladie professionnelle par l'agent : ___/___ ___/___ ___/___/___/___
Nature et siège des lésions :.....
.....

Durée d'exposition

Durée minimale pendant laquelle l'agent a été exposé au risque : .....
.....

Relation entre l'activité professionnelle et la maladie constatée

Les activités favorisant le développement de la maladie : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Secrétariat de la Commission de Réforme
Centre de Gestion de l'Oise de la Fonction Publique Territoriale
2 rue Jean Monnet - PAE du Tilloy – BP 20807 – 60008 BEAUVAIS CEDEX
Tél : 03 44 06 22 60 – Fax : 03 44 45 04 44

Déclaration circonstanciée de l'agent *(ou de l'employeur)*

Détail des activités :……

Témoignage (*éventuellement*)

Employeurs et nature des emplois précédents

Nom des précédents employeurs de l'agent :	Activités exercées :

Secrétariat de la Commission de Réforme
Centre de Gestion de l'Oise de la Fonction Publique Territoriale
2 rue Jean Monnet - PAE du Tilloy – BP 20807 – 60008 BEAUVAIS CEDEX
Tél : 03 44 06 22 60 – Fax : 03 44 45 04 44

Reconnaissance de l'imputabilité au service de la maladie

Le décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 a modifié les modalités de saisine de la Commission de Réforme Départementale. Par conséquent, l'autorité territoriale peut reconnaître l'imputabilité au service d'une maladie sans saisine préalable de la Commission de Réforme. Toutefois, si l'autorité territoriale refuse de reconnaître l'imputabilité au service ou si l'autorité territoriale a un doute sérieux quant à l'imputabilité au service de la maladie cette dernière saisit la Commission de Réforme. ***Cette saisine devra être motivée en droit et en fait****.*

Motivation de la saisine :……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

À……, le ___/___/ ___/___/ ___/___/___/___

Signature et cachet de l'autorité territoriale

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AVEC LA DEMANDE

- Certificat médical initial ❒
- Certificats de prolongation ❒
- (Eventuellement) certificat médical final avec conclusions du médecin ❒
- Expertise médicale effectuée par un médecin agréé qui doit déterminer s'il s'agit bien d'une maladie professionnelle et la date de début de prise en charge ❒

Secrétariat de la Commission de Réforme
Centre de Gestion de l'Oise de la Fonction Publique Territoriale
2 rue Jean Monnet - PAE du Tilloy – BP 20807 – 60008 BEAUVAIS CEDEX
Tél : 03 44 06 22 60 – Fax : 03 44 45 04 44