

Demande de saisine de la Commission de Réforme

À remplir par l'employeur et à adresser à :
Commission de Réforme
Maison des communes - 29 bld Anatole France
CS 40322 - 90006 Belfort Cedex

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ

Collectivité :

.....

Adresse :

CP : Ville :

Personne chargée du dossier :

Téléphone :

Mail :

Fax :

Autre(s) employeur(s) : (préciser le temps de travail hebdomadaire et la nature des fonctions)

.....

.....

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Mme M.

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Nom du médecin de prévention :

.....

Nom du médecin généraliste :

.....

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT

Grade :

Catégorie : A B C

Service :

Fonctions actuelles exercées par l'agent :

Date d'entrée dans la collectivité :

Statut :

- Titulaire / stagiaire CNRACL
- Titulaire / stagiaire IRCANTEC
- Non titulaire

Temps de travail :

- Temps complet
- Temps non complet : h
- Temps partiel :%

NATURE DE LA DEMANDE

- Accident** **de service** **de trajet** :
 - Reconnaissance d'imputabilité
 - Prise en charge des frais médicaux
 - Reconnaissance d'imputabilité d'une rechute
- Maladie professionnelle** :
 - Reconnaissance d'imputabilité
 - Prise en charge des frais médicaux
 - Reconnaissance d'imputabilité d'une rechute
- Temps partiel thérapeutique** après un congé pour accident de service ou maladie professionnelle (6 mois maximum renouvelable une fois)
- Reclassement** dans un autre emploi suite à un accident de service ou une maladie professionnelle
- Disponibilité d'office**
- Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI)** :
 - Octroi
 - Révision quinquennale
 - Révision nouvel accident
 - Révision sur demande de l'agent
 - Révision à la radiation des cadres
 - Allocation d'Invalidité Temporaire (AIT)**
 - Retraite pour invalidité** à compter du
- Réintégration d'un agent retraité pour invalidité**
- Prolongation d'activité de deux ans au-delà de la limite d'âge**
- Licenciement d'un stagiaire pour inaptitude imputable au service**

Questions précises sur lesquelles la collectivité souhaite obtenir un avis :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le

À

Signature de l'autorité territoriale et cachet de la collectivité