

**FORMULAIRE DE DÉCLARATION
MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE
(FONCTIONNAIRE CNRACL)**

Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines

N'oubliez pas de joindre un certificat médical

Collectivité employeur (à remplir par la collectivité)

Nom :

Adresse :

.....

Nom de la personne à contacter pour le suivi de votre dossier ou toute question sur la déclaration :

.....

Téléphone :

Adresse mail :

Etat civil de l'agent concerné

Nom et prénom de l'agent :

Adresse :

.....

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale :

Situation administrative

Fonctionnaire : Stagiaire Titulaire

Durée de travail hebdomadaire :

Temps complet Temps non complet : (précisez la durée hebdomadaire)

Grade :

Service :

Intitulé du poste occupé :

Fonctions exercées (dans votre poste actuel) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Date de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie :
 (se reporter au certificat médical)

Désignation de la maladie déclarée (se reporter au certificat médical) :

N° du tableau :
 (en cas de maladie professionnelle désignée par un tableau du code de la sécurité sociale – à demander à votre médecin)

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies (Indiquez la nature et les manifestations de la maladie constatée par votre médecin) :

Etes-vous ? : ambidextre droitier gaucher

Situation professionnelle à la date de constatation de la maladie (Occupiez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés annuels, en congés de maladie, dans une autre situation : congé parental, disponibilité...)

Situation professionnelle dans les 12 derniers mois précédents la date de constatation de la maladie (en poste, en arrêt de travail, en congé parental, en disponibilité...):

Situation	Période

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (s'il est connu) (*début et fin d'exposition au risque)

Lieu d'exposition au risque (atelier, garage, piscine, crèche...)	Nature du risque (chimique, sonore, thermique...)	Date de début*	Date de fin*	Employeur (en rapport avec la période d'exposition au risque)

Avez-vous présenté une autre maladie reconnue imputable au service dans votre carrière ? oui non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous :

Date de la reconnaissance	Maladie en cause et numéro du tableau du code de la sécurité sociale si connu	Employeur ayant reconnu la maladie

En cas de rechute d'une maladie déjà reconnue imputable au service

Date de reconnaissance de la maladie :

Date de la rechute :

Employeur ayant reconnu la maladie :

.....

Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'une maladie imputable au service

- certificat médical mentionnant la maladie et la date de la première constatation médicale (*obligatoire*)
- témoignages (*s'il y en a*)
- examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrite au code de la sécurité sociale
- documents joints comportant des informations à caractère médical sous enveloppe cachetée indiquant « *pli confidentiel – secret médical* »
- autres documents (*à lister ci-dessous*) :

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

Je soussigné(e)

Nom Prénom

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à

Le

Signature de l'agent (*ou de son représentant légal, à préciser, s'il y a lieu*)