



**FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL
RELATIF AUX AGENTS AFFILIES
A L' **IRCANTEC****

Identification de l'employeur :

Nom de la collectivité/établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Nom de la personne en charge du dossier transmis :

Ligne téléphonique directe :

Adresse Mail :

Identification de l'agent :

Nom et prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse Mail :

N° Sécurité Sociale :

N° IRCANTEC :

Nom du médecin traitant :

Grade :

Fonctions assurées :

Statut :

Date de nomination en qualité de stagiaire ou de contractuel :

Date de titularisation :

Temps de travail : Temps non complet : / 35° Temps partiel : %

Relevé des congés obtenus sur la carrière :

(Indiquer les périodes octroyées)

Congé de grave maladie :

Disponibilité d'office pour raison de santé :

Congé sans traitement :

SAISINE DE LA FORMATION RESTREINTE

Motif(s) de saisine : (une ou plusieurs cases peuvent être cochées).

- L'octroi d'un congé de grave maladie à compter du :
- Le renouvellement du congé de grave maladie au-delà de l'expiration de la période de rémunération à plein traitement (1an) soit à compter du :
- Un avis sur la réintégration et sur l'aptitude ou l'inaptitude (temporaire ou définitive) aux fonctions actuelles ou à toutes fonctions à expiration des droits à congé de :
 - maladie ordinaire (1an) à compter du :
 - grave maladie (3 ans) à compter du :
- Un avis sur le placement de l'agent en congé sans traitement :
 - placement à compter du :
 - renouvellement à compter du :
 - réintégration à compter du :
- Un avis sur la mise en disponibilité d'office pour raison de santé :
 - placement à compter du :
 - renouvellement à compter du :
 - réintégration à compter du :
- Un avis à la suite d'une altération de l'état de santé de l'agent sur :
 - le changement d'affectation après un congé de maladie
 - le reclassement
 - le bénéfice de la période de préparation au reclassement (PPR)
- Suite à une contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé dans le cadre :
 - de l'admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions qui exigent des conditions de santé particulières.
 - d'un contrôle fait à tout moment pendant un congé maladie et de l'examen médical pour la visite de contrôle obligatoire au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation du congé initialement accordé.
 - d'un contrôle pour la prolongation ou la réintégration suite à un congé maladie s'il n'est pas déjà soumis au Conseil Médical.
- Autre situation :

.....

.....

.....

.....

**FORMULAIRE DE SAISINE DU CONSEIL MEDICAL RELATIF
AUX AGENTS AFFILIES A L'IRCANTEC**

Type d'instance saisie : Formation restreinte.

Employeur :

Nom de la collectivité/établissement :

Agent concerné par la saisine :

Nom et prénom(s) :

L'autorité territoriale :

Nom :

Prénom(s) :

Qualité :

Le : à :

Cachet et signature :

Ce dossier doit **obligatoirement** être complété et signé pour valider votre saisine du Conseil Médical.

► [il doit être transmis à l'adresse postale suivante :](#)

Centre de Gestion de la FPT de la Haute-Corse

Conseil Médical

Résidence « LESIA »
Avenue de la Libération
20418 – BASTIA CEDEX 9

► [ou à l'adresse mail suivante :](#)

cm@cdg2b.com

Pièces jointes :