

Collectivité :

Dossier suivi par : M.....Coordonnées :

DEMANDE DE SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

OBJET : RETRAITE POUR INVALIDITE

RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT

NOM :Nom de jeune fille :Prénom :

Date de Naissance :

Adresse personnelle :

FONCTIONNAIRE TITULAIRE FONCTIONNAIRE STAGIAIRE (Cocher la case correspondante)

Grade actuel :

PIECES JOINTES

- Courrier de l'autorité territoriale indiquant l'objet de la saisine et les questions précises pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis (inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions et éventuellement sur l'octroi d'une rente d'invalidité et/ou sur une majoration pour l'assistance d'une tierce personne)
- Copie des avis d'arrêt de travail volet 2 ou 3 initial et prolongations
ou
- Copie du dossier d'accident de service ou de maladie professionnelle
- Rapport écrit du Médecin de la médecine préventive et professionnelle, sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- Expertise médicale réalisée par un Médecin agréé sur l'imprimé AF3 (disponible sur le site Internet de la CNRACL ou au secrétariat de la Commission de Réforme) sous pli confidentiel mentionnant le nom et la collectivité de l'agent,
- Attestation de reclassement (imprimé de la Caisse des Dépôts)
- Copie des procès-verbaux du Comité médical prononçant l'inaptitude totale et définitive à toutes fonctions, le congé longue maladie et/ou le congés longue durée.
- Toute pièce que la collectivité ou l'agent jugera utile de fournir afin d'éclairer l'avis des membres de la Commission de réforme.

DATE DE TRANSMISSION DU DOSSIER :