

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

1/ RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Coordonnées de la collectivité employeur

Collectivité ou établissement :

Adresse :

.....

Dossier suivi par :

Téléphone : Courriel :

Renseignements concernant la victime

Nom : Prénom :

Date de naissance : Latéralité agent : Droitier(e) Gaucher(e)

Numéro de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

.....

Téléphone : Courriel :

Statut et poste de la victime

Stagiaire Titulaire

Catégorie : A B C

Filière : Grade :

Temps complet Temps partiel :% Temps non complet >28 h :h

Poste occupé :

Date d'entrée dans la collectivité :

Date d'entrée sur le poste :

2/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE

Désignation de la pathologie et/ou description du siège et de la nature des lésions :

.....

.....

Latéralité des lésions : Droite Gauche

Le cas échéant, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle prévu à l'article R.461-3 du Code de la sécurité sociale:

Date de première constatation médicale de la maladie :

Indiquez aussi précisément que possible les raisons conduisant à la demande de reconnaissance d'imputabilité au service de la maladie (lieu, durée et fréquence d'exposition au risque, tâches effectuées, matériel/machines et/ou produits utilisés...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pièces jointes à la présente déclaration

Pièces à joindre obligatoirement : Certificat médical de constat de lésion

Résultats des examens médicaux prescrits par le tableau si la maladie y est inscrite (sous pli confidentiel médical pour transmission par l'employeur au service de médecine préventive)

Pièces utiles à l'instruction pouvant être jointes :

Fiche individuelle d'exposition aux risques Autres (à préciser) :

Témoignages écrits

Historique des postes occupés (avant et après l'entrée dans la collectivité)

Attestation sur l'honneur de la victime

Je soussigné(e)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées dans le présent formulaire

Fait à

Le (date de la déclaration) :

Signature de l'agent (ou de son représentant s'il y a lieu)

Attention : Le formulaire de déclaration accompagné du certificat médical de constat de lésions doit être adressé à l'autorité territoriale dans un délai de deux ans à compter de la date de la constatation médicale de la maladie. Si la maladie entraîne un arrêt de travail, le certificat est à produire à l'employeur dans un délai de 48h à compter de son établissement.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION (A compléter obligatoirement)

Date de réception:

du formulaire de déclaration de l'agent :

du certificat médical initial de constat des lésions :

Les délais de déclaration sont-ils respectés : OUI NON

SI NON => La demande de l'agent doit-être rejetée

Si OUI => Instruire la demande de reconnaissance d'imputabilité

Imputabilité :

Pour rappel, il convient en premier lieu de solliciter le rapport obligatoire du médecin de prévention avant toute instruction de la demande.

Signature et cachet de l'Autorité territoriale