**Lettre de saisine de la collectivité**

**Renouvellement de congé**

Lieu, le.........................................................

Monsieur Le Président

du Centre de Gestion de la

Charente-Maritime

**Secrétariat du Conseil Médical**

**(Formation restreinte)**

85, Boulevard de la République

CS 50002

17 076 LA ROCHELLE CEDEX 9

Nom de la Collectivité :

Affaire suivie par : *(nom, téléphone, mail)*

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

Dossier de M. /Mme *(Nom et prénom de l’agent)*

P.J :…………………………………………………………

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

Monsieur le Président,

J’ai l’honneur de vous transmettre le dossier de :

Mme/M…………………………………………………………………………………………………..

Né(e) le

Grade

Fonctions  ………………………………………………………………………………………………

Adresse ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

afin que le Conseil Médical (Formation restreinte) se prononce sur: ***(cocher la case ou les cases***. ***correspondante(s) à la demande) :***

* **A l’expiration de la période de plein traitement**

❑ Le renouvellement du congé de longue maladie à compter du

❑ Le renouvellement du congé de longue durée à compter du

****

❑ Le renouvellement du congé de grave maladie à compter du

❑ Le renouvellement du congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée **d’office** à compter du

* **Dans tous les cas sur** :

❑ Le renouvellement de la disponibilité d’office pour raison de santé à compter du

❑ Le renouvellement du temps partiel thérapeutique **suite à contestation liée aux avis discordants,**  à compter du

❑ Autres situations : ………………………………………………………………………………............

Je vous prie d’agréer, Monsieur le Président, l’expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Maire (Le Président),

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Président du Centre de Gestion**dans le cadre du secrétariat du conseil médical.*

*Les données collectées seront communiquées aux seules personnes en charge du secrétariat du* ***conseil médical.***

*Les données sont conservées pendant* ***3 ans à compter de leur recueil****.*

*Vos agents peuvent accéder aux données les concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer leur droit à la limitation du traitement de leurs données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de leurs données dans ce dispositif, ils peuvent contacter le délégué à la protection des données* ***:*** [***dpd@cdg17.fr***](mailto:dpd@cdg17.fr)

*S’ils estiment, après nous avoir contactés, que leurs droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, ils pourront adresser une réclamation à la CNIL.*

***RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJÁ OBTENUS***

|  |  |
| --- | --- |
| ***TYPE DE CONGÉS*** | ***DATES*** |
| Congés de maladie ordinaire obtenus  (sur les douze derniers mois  pour leur durée effective) |  |
| Congés de longue maladie obtenus |  |
| Congés de longue durée obtenus |  |
| Temps partiel thérapeutique obtenu |  |
| Disponibilité d'office pour maladie obtenue |  |
| Congés de grave maladie obtenus |  |
| Relevé des congés longue maladie, longue durée, grave maladie, mi-temps thérapeutique obtenus au cours de la carrière de l’agent |  |
| Dernier avis du conseil médical (Formation restreinte) | *………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………………………………………………………………………………………………* |

**Lettre de demande de l’agent**

Nom, prénom

Adresse

Téléphone

Grade – Emploi

Madame/Monsieur le Maire

ou Madame/Monsieur le Président Collectivité / Etablissement

Adresse

CP VILLE

Le………………………………………,

**Objet :** Saisine du Conseil Médical (Formation restreinte)

Madame/Monsieur le Maire (ou Madame/Monsieur le Président),

J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Conseil Médical (Formation restreinte), afin que cette instance émette un avis sur ma demande concernant :

**🞏** Le renouvellement du congé de LONGUE MALADIE

**🞏** Le renouvellement du congé de LONGUE DURÉE

**🞏** Le renouvellement du congé de GRAVE MALADIE

**🞏** Le renouvellement du congé de LONGUE MALADIE FRACTIONNÉ

**🞏** Le renouvellement du TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE **(si contestation en cas d’avis médicaux discordants)**

**🞏** AUTRES SITUATIONS :

à compter du ............................................................................................................................................

ou

pour la période du ........................................... au ........................................................................

Vous trouverez ci-joint le certificat médical de mon médecin (accompagné d’un rapport **sous pli** **confidentiel**, le cas échéant), ainsi que toute pièce utile à l’examen de mon dossier.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Madame/ Monsieur le Maire (ou Madame/Monsieur le Président), à l’assurance de ma considération la meilleure.

Signature de l’agent

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Président du Centre de Gestion**dans le cadre du secrétariat du conseil médical.*

*Les données collectées seront communiquées aux seules personnes en charge du secrétariat du* ***conseil médical.***

*Les données sont conservées pendant* ***3 ans à compter de leur recueil****.*

*Vos agents peuvent accéder aux données les concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer leur droit à la limitation du traitement de leurs données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de leurs données dans ce dispositif, ils peuvent contacter le délégué à la protection des données* ***:*** [***dpd@cdg17.fr***](mailto:dpd@cdg17.fr)*S’ils estiment, après nous avoir contactés, que leurs droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, ils pourront adresser une réclamation à la CNIL.*