**FORMULAIRE DE DECLARATION**

**MALADIE PROFESSIONNELLE**

**(FONCTIONNAIRE CNRACL)**

*Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines*

*N’oubliez pas de joindre un certificat médical*

**Etat civil de la victime**

Nom et prénom de l’agent : …..……………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tél :………………………….…………………………. Email……………………………………………………………………………

Numéro de Sécurité sociale : …………………………………………………………………………………………………..…

**Situation administrative**

Fonctionnaire : ❑ titulaire ❑ stagiaire

Durée hebdomadaire :

❑ Temps complet ❑ Temps non complet ………….. *(précisez la durée hebdomadaire)*

Grade : ……………………………………………………

Service d’affectation : ………………………………………………………………………………..…………………………………….

Poste : …………………………………………………………………..…………………………………..…………………………………….

Date d’entrée dans les fonctions actuelles :………………………………………………………………………………………

Fonctions exercées (dans votre poste actuel)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Collectivité employeur**  (à remplir par la collectivité)

Nom :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………

Tél…………………………………………………………. Email……………………………………………………………………………

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

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

**Date de la première constatation de la maladie** : ……………………………………………………………..……………..

*(figurant sur le certificat médical initial)*

**Désignation de la maladie déclarée :** ………………………………………………………………………………………………..

Numéro et titre du tableau correspondant à la maladie ou des maladies inscrite(s) aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l’article R.461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code *(si votre médecin y fait référence)*: ……………………………………………………………………………………

**Description du siège et de la nature de la ou des pathologies** (*Indiquez la nature et les manifestations de la maladie que le médecin a constaté)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Etes-vous ?** ❑ 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 ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité…)*………………………………………………………………………….….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Situation professionnelle dans les 12 mois précédents la date de constatation de la maladie** *(Occupiez-vous effectivement votre poste, étiez-vous en congés de maladie ou dans une autre situation : accident du travail, maternité, congé parental, disponibilité…)*……………………………………….….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Le cas échéant, date des arrêts de travail :** du……………………………….….au……………………..…………..

du……………………………….….au……………………..………….. du……………………………….….au……………………..…………..

du……………………………….….au……………………..…………..

**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)* |
|  |  |  |  |  |

**Circonstances de l’apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition** *(environnement de travail, tâche exécutée, geste effectué, etc.), décrivez en quoi ces situations de travail sont-elles liées à l’apparition de votre maladie :*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Elément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle** *(machine, appareil, produit ou substance utilisée …) :*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**En cas de rechute d’une maladie déjà reconnue imputable au service**  (à remplir le cas échéant)

Date de survenance de la maladie initiale :………………………………….……………………………………………………

Date de la rechute : ………………………………………………………………………………………….………………….……………

Employeur ayant reconnu la maladie initiale……………………………………………………………………………………

**Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d’une maladie professionnelle**

❑ certificat médical de maladie professionnelle (obligatoire)

❑ témoignages

❑ pli confidentiel – secret médical *(à l’exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel - secret médical* »)

❑ Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

❑ Autres documents médicaux (copie des ordonnances, bulletins d’hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Je soussigné(e) (nom, prénom)……………………………………………………………………………………………*

*certifie sur l’honneur l’exactitude des informations déclarées.*

*Fait à ……………………………………….. Le (date de déclaration) ……………………………………………*

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

« *Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Président /maire de …… pour* ***[finalités du traitement]****.*

*Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants :* ***[destinataires des données].***

*Les données sont conservées pendant* ***[durée de conservation des données prévue par le responsable du traitement]****.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données* ***:***

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL* ».