

Demande de temps partiel thérapeutique (agent CNRACL)

Première demande Renouvellement

Les documents médicaux doivent être joints sous pli confidentiel.

Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom : **Prénom** :

Adresse :

Fonctions :

Employeur :

Demande un temps partiel thérapeutique à% (50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)

A compter du :

Selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

.....
.....

A....., le.....
Signature

Partie à remplir par le médecin traitant

Je soussigné(e), **Docteur**

Certifie que l'état de santé de :

Nom : **Prénom**

Nécessite un temps partiel thérapeutique à% (50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)

A compter du :

Pour une durée de 1 mois 2 mois 3 mois

Le temps partiel thérapeutique permet :

le maintien ou le retour dans l'emploi de l'intéressé et est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé

OU

à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Observations :

A....., le.....
Le Docteur

Signature + cachet

Partie complétée par l'employeur ☞ Si le médecin traitant n'a pas complété la partie ci-dessus, l'employeur coche la case et agrafe une copie du certificat médical ou du CERFA au présent formulaire.