



COMMISSION DE REFORME

Formulaire de saisine

Identité de l'agent

Madame

Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| à : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ @ : _____

Situation administrative de l'agent

Titulaire

Stagiaire

Cadre d'emplois : Conception et encadrement Maîtrise Application Exécution

Spécialité(s) : Administrative Technique Sécurité publique Sécurité civile

Grade actuel : _____ Echelon : _____

Fonctions : _____

Temps de travail dans la commune : |_|_| heures / semaine

Date d'entrée dans la commune ou dans l'établissement : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identité du médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ @ : _____

Motif(s) de la saisine

Article 85 du décret n° 2011-1040 du 29 août 2011

La **reconnaissance d'une invalidité temporaire ou permanente**, après un accident de travail ou une maladie professionnelle ;

Article 86 du décret n° 2011-1040 du 29 août 2011

La **mise en disponibilité d'office** ou le **reclassement** dans un autre emploi, après une durée totale de 12 mois consécutifs des congés de maladie et après avis défavorable de la médecine professionnelle ;

L'**admission à la retraite** en cas de reconnaissance définitive d'inaptitude à exercer tout emploi ;

Article 92 du décret n° 2011-1040 du 29 août 2011

Le **congé de longue durée** pour une maladie contractée en service, à présenter dans les 4 ans qui suivent la date de la première constatation médicale de la maladie, et seulement en cas de non-reconnaissance de la responsabilité par l'autorité dont relève le fonctionnaire ;

Le

Signature de l'autorité de nomination

Pièces obligatoires à nous transmettre par courriel

- Formulaire de saisine renseigné, signé et daté par l'autorité de nomination ;
- Demande écrite de saisine à adresser aux membres de la commission de réforme et rédigée par l'autorité nominative ;
- Rapport écrit du médecin du service de la médecine professionnelle (dans le cadre d'un congé de longue durée demandé pour une maladie contractée ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions – art 85 et 92 du décret n° 2011-1040) ;
- Fiche d'aptitude médicale de la médecine professionnelle ;
- Attestation d'aptitude du service contrôle médical de la CPS ;
- Dossier médical* (sous pli confidentiel à faire parvenir au CGF) ;

*** Dossier médical à faire parvenir sous pli confidentiel et sous enveloppe**

au Centre de gestion et de formation

Immeuble la Ora Na 3^{ème} étage face à l'école Mamao

BP 40267 – 98713 Fare Tony

*Les données à caractère personnel collectées par le CGF directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité la gestion des dossiers de candidature à un concours ou un examen professionnel, ainsi que pour l'accomplissement des missions du service public du CGF. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez, après justification de votre identité, des droits suivants sur vos données : **droits d'accès, droit de rectification, droit d'opposition**. Pour exercer ces droits ou pour toute question, veuillez contacter la direction du Statut, des carrières et de l'emploi communal aux adresses suivantes : concours@cgf.pf et dpo@cgf.pf. La Commission nationale informatique et libertés (CNIL) peut être saisie si vous estimez que vos droits sur vos données ne sont pas respectés.*