CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

☐ **Demande de contre-visite**
☐ **Demande d'expertise médicale**

Collectivité

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Ville : .....

Nom du correspondant : .....Fonction : .....

Tél. : .....Fax : .....E-mail : .....

La collectivité autorise Dexia DS Services à transmettre les conclusions administratives au gestionnaire délégataire désigné par l'assureur.

Dans le cadre de la confidentialité, merci de préciser le nom de la personne à contacter, en votre absence :

Nom : .....Fonction : .....Tél. : .....

Agent à contrôler, à remplir obligatoirement

Nom : .....Prénom : .....

N°Sécurité Sociale : ☐ CNRACL ☐Non CNRACL ☐ SPV

Profession : .....Budget :.....

Merci d'indiquer l'adresse où l'agent peut être visité :

N°et Rue : .....

Lieu-dit / Quartier : .....

Bât. :.....Étage : .....Esc. : .....N°Appart. :.....Code d'accès : .....

Code postal : .....Ville : .....

Tél. ou Portable : .....Chez : .....

Événement / Nature de l'arrêt, à remplir obligatoirement

☐ Maladie ☐ Accident de service ☐ Accident de trajet ☐ Longue Maladie / Longue Durée ☐ Maladie professionnelle

Date d'origine de l'arrêt : Date de fin d'arrêt :

Dernière prolongation prescrite du au Si rechute, déclarée le :

Sorties inscrites sur le certificat médical (à remplir uniquement pour une demande de contre visite médicale):

☐ Sortie non autorisées ☐ Présence obligatoire de 9h à 11h et de 14h à 16h ☐ Libres
(indiquer coordonnées téléphoniques de l'agent pour convocation)

☐ Autre type de sorties : de.....h à .....h

Éléments qui motivent la demande d'expertise, à remplir obligatoirement

.....

.....

.....

Tous les documents relatifs à l'événement doivent être en possession de votre gestionnaire. Si tel n'est pas le cas,merci d'annexer les pièces manquantes à cet imprimé.

Nom du médecin prescripteur (facultatif) : .....

Exerçant à : ..... ☐ Généraliste ☐ Spécialiste en : .....

Merci d'indiquer les prochaines dates de congés annuels de l'agent (pour la fixation du rendez-vous d'expertise) : .....

.....

Éléments à transmettre à votre Centre de Gestion

Par télécopie au : 05 40 20 42 84 **ou par E-mail :** assurances@cdgfpt46.fr

Date : .....**Cachet et signature :**

Service réalisé par la société Dexia DS Services

Conformément aux dispositions légales sur l'informatique et les libertés, le droit d'accès et de rectification des informations nominatives peut être exercé sur demande auprès de votre centre de gestion.