

Service Ressources, Pilotage et Perspectives
Pôle Pensions et Accidents du Travail
18 avenue Mozart – BP 172
13276 MARSEILLE CEDEX 9
@ : pensions@inserm.fr

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

A remplir uniquement par les fonctionnaires et agents sur CDI ou CDD d'une durée ≥ à un an

VICTIME

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse personnelle :

N° de matricule :

Tél. professionnel : Tél. personnel :

Adresse mail :

Si votre dossier doit être examiné au Conseil Médical (formation plénière), souhaitez-vous que vos coordonnées personnelles soient communiquées aux Représentants du Personnel ? : Oui Non

AFFECTATION

Statut : Titulaire CDI CDD

Position : Activité Détachement Mise à disposition

Grade : Date d'entrée à l'Inserm :

Délégation Régionale : Affectation :

Adresse de la structure :

.....

.....

NATURE DE LA MALADIE

Désignation de la maladie :

.....

Le cas échéant, numéro du tableau inscrit au code la sécurité sociale :

Date de constatation de la maladie :

Le cas échéant, date de l'arrêt de travail initial :

VISA DU DIRECTEUR D'UNITE OU DU CHEF DE SERVICE

Nom du supérieur hiérarchique :

Adresse mail : Tél. :

Fonctions de l'agent :

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à le

Signature :

VISA DE LA DELEGATION REGIONALE

Date d'affectation de l'agent sur ce poste :

L'agent a-t-il sollicité un aménagement de ses conditions de travail ou de ses fonctions ? Oui Non

Si oui, à quelle date :

Mesure mises en œuvre :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PIECES A JOINDRE PAR LA DR - POLE RH A LA PRESENTE DECLARATION :

- Une fiche de poste ;
- Un rapport du médecin du travail et le cas échéant le questionnaire annexe pour les maladies hors tableaux ;
- La copie des 3 dernières fiches de visite médicale ;
- Une analyse du poste de travail établie par le Conseiller de Prévention ;
- Le cas échéant : l'historique des différents emplois et des affectations de l'agent.

Dossier suivi par :

Médecin du travail :

Gestionnaire Ressources Humaines :

Fait à le

Signature :

ANNEXE MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL (HORS TABLEAUX)

QUESTIONNAIRE A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL ET A JOINDRE AU RAPPORT DETAILLE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DE L'AGENT

Date de la dernière visite médicale :

Avez-vous constaté la pathologie déclarée par l'agent ? Oui Non

Depuis quelle date ? :

Selon vous, les conditions de travail de l'agent sont-elles de nature à expliquer ou aggraver la pathologie présentée ? :

.....
.....
.....
.....

A la date du recrutement, l'agent présentait-il des antécédents de nature à favoriser l'apparition de la maladie ? :

.....
.....
.....
.....

L'agent a-t-il bénéficié de mesures spécifiques (aménagement de poste, reclassement, achat de matériel adapté...) ? :

.....
.....
.....
.....

Depuis quelle date ? :

A votre avis, quel a été leur impact ?

.....
.....
.....
.....

Existe-t-il, à votre connaissance, des éléments d'origine extraprofessionnelle en lien avec cette pathologie (état antérieur, activités extérieures, situation personnelle...) :

.....
.....
.....
.....

Fait à le

Signature :