

**FORMULAIRE DE DÉCLARATION  
MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE  
(FONCTIONNAIRE CNRACL)**

Formulaire à compléter et à remettre au service des ressources humaines

N'oubliez pas de joindre un certificat médical

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

Nom : .....

Adresse : .....

.....

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

.....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

**Etat civil de l'agent concerné**

Nom et prénom de l'agent : .....

Adresse : .....

.....

Adresse mail : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Situation administrative

Fonctionnaire :  Stagiaire  Titulaire

Durée de travail hebdomadaire :

Temps complet  Temps non complet : ..... (précisez la durée hebdomadaire)

Grade : .....

Service : .....

Intitulé du poste occupé : .....

Fonctions exercées (dans votre poste actuel) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

**Date de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie** : .....  
 (se reporter au certificat médical)

**Désignation de la maladie déclarée** (se reporter au certificat médical) :  
 .....  
 .....

**N° du tableau** : .....  
 (en cas de maladie professionnelle désignée par un tableau du code de la sécurité sociale – à demander à votre médecin)

**Description du siège et de la nature de la ou des pathologies** (Indiquez la nature et les manifestations de la maladie constatée par votre médecin) :  
 .....  
 .....  
 .....

**Etes-vous ?** :  ambidextre    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, dans une autre situation : congé parental, disponibilité...)  
 .....  
 .....

**Situation professionnelle dans les 12 derniers mois précédents la date de constatation de la maladie** (en poste, en arrêt de travail, en congé parental, en disponibilité...):

Situation	Période

**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)



**Avez-vous présenté une autre maladie reconnue imputable au service dans votre carrière ?**  oui  non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous :

Date de la reconnaissance	Maladie en cause et numéro du tableau du code de la sécurité sociale si connu	Employeur ayant reconnu la maladie

**En cas de rechute d'une maladie déjà reconnue imputable au service**

Date de reconnaissance de la maladie : .....

Date de la rechute : .....

Employeur ayant reconnu la maladie : .....

.....

**Pièces jointes dans le cadre de la déclaration d'une maladie imputable au service**

- certificat médical mentionnant la maladie et la date de la première constatation médicale (*obligatoire*)
- témoignages (*s'il y en a*)
- examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrite au code de la sécurité sociale
- documents joints comportant des informations à caractère médical sous enveloppe cachetée indiquant « *pli confidentiel – secret médical* »
- autres documents (*à lister ci-dessous*) :

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

Je soussigné(e)

Nom Prénom .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à .....

Le .....

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