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

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

EMPLOYEUR

Raison sociale : .....

Adresse : .....

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

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

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

La collectivité autorise Neeria 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)* :

☐ Sorties 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 : ..... **ou par E-mail :** .....

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

Service réalisé par la société Neeria

Neeria - SA au capital de 3 001 580 € - 353 189 020 RCS Bourges - Siège social : Route de Creton 18110 Vasselay

Neeria, coresponsable du traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité la gestion du contrôle médical. Les données collectées sont indispensables à la réalisation de ce traitement. En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données vous concernant. Ces droits s'exercent par courrier électronique à l'adresse suivante : cellule.droit-acces@sofaxis.com ou par courrier postal à l'attention de la Cellule Droit d'Accès - SOFAXIS, CS 80006 - 18020 Bourges cedex, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.