**GRAS SAVOYE ORMES**

ADP Secteur Public

TSA 20413

69303 LYON CEDEX 07

Tél. : 02.38.70.36.10



#  **ELEMENTS A TRANSMETTRE A GRAS SAVOYE**

######  **cOLLECTIVITE**

**Nom :** ………………………………………………………………………………………………………………

**Adresse :** ………………………………………………………………………………………………………….

**Tel :** ………………………………………………. **Email :** …………………………………………………….

**Nom et fonction du correspondant** : …………………………………………………………………………

**Tél.** : …………………………………………………… **Fax** : …………………………………………………

**Email** : ……………………………………………………………………………………………………………..

######  **Agent A cONTROLER**

**Nom et prénom** …………………………………………………………………………………………………..

**N° Sécurité Sociale** ……………………………………………………………………………………………...

**Adresse du contrôle** …………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

**Tél**. : …………………………………………………… **email** : ……………………………………………….

**Grade** …………………………………………………. **Poste occupé** : …………………………………….

 AGENT CNRACL AGENT NON CNRACL

######  **ARRET DE TRAVAIL**

**Nature de l’arrêt** ………………………………………… **Date d’origine** …………………………………

 Initial Prolongation

**Date de début de l’arrêt**: du ………………………………....... au …………………………………….......

 Doit être présent au domicile de …………… à …………… et de …………… à ……………

 Sorties libres

**Un rendez-vous vous sera communiqué afin que vous invitiez votre agent à se soumettre à la contre-visite**

 Avis de passage Télégramme téléphoné

**Nom du médecin prescripteur** ……………………………………….. **Exerçant à** ………………………..

**Spécialité** ………………………………………………………………………………………………………….

*Certificat médical correspondant à joindre à cette demande*

######  **CIRCONSTANCES PARTICULIERES**

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Le résultat de la contre-visite vous sera transmis par écrit par notre prestataire