SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE**

Collectivité :

Adresse complète :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Courriel :

Nom et coordonnées du médecin traitant : Docteur

Nom et coordonnées du médecin de prévention chargé du suivi médical de l’agent concerné :

Docteur

Fait le :

à :

Signature de l’autorité territoriale

et cachet de la collectivité

**Le dossier complet doit être transmis à :**

M. Le Président de la Commission de Réforme

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Manche

139, rue Guillaume Fouace

CS 12309

50009 SAINT-LÔ Cédex

Ou par courriel : [instances.medicales@cdg50.fr](mailto:instances.medicales@cdg50.fr) (collectivités de – 350 agents)

[s.instances.medicales@cdg50.fr](mailto:s.instances.medicales@cdg50.fr) (collectivités de + 350 agents)

**IDENTIFICATION DE L’AGENT**

Nom :       Nom patronymique :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :       Lieu de naissance :

🕾 :

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

- Si commune nouvelle, préciser la commune historique de l’agent :

-Grade :

-Affectation :

-Fonctions actuelles exercées :

-Qualité :  Stagiaire  Titulaire

-Date de première embauche :

-Temps de travail hebdomadaire :

Temps complet (35H)  Temps non complet :       H/35H

-Si l’agent en bénéficie :

Temps partiel sur autorisation  Temps partiel de droit

Quotité de temps de travail :      % Motif du temps partiel (si de droit) :

-Agents dont le temps de travail est annualisé :

* Temps de travail hebdomadaire réel :
* Horaires de travail :

-Autres employeurs éventuels :

* Nombre d’heures de travail :
* Fonctions exercées :

**EXPOSE DES CIRCONSTANCES CONDUISANT A LA SAISINE DE LA COMMISSION DE REFORME**

Retraite pour invalidité

Retraite pour conjoint invalide, du fonctionnaire ayant effectué 15 ans de service

Demande d’allocation temporaire d’invalidité (ATI) ou de révision d’ATI

Demande d’allocation d’invalidité temporaire (AIT)

**Observations éventuelles :**