Nom – Prénom

Adresse

Numéro de sécurité sociale

Collectivité

Personne en charge des RH/Tel

**Caisse Primaire d’Assurance Maladie**

**A l’attention du Médecin conseil**

Adresse de la CPAM dont relève l’agent

(Caisse du lieu d’exercice des fonctions)

A ………………………., le……………………,

**Objet :** Demande d’allocation d’invalidité temporaire

Madame, Monsieur,

Actuellement fonctionnaire territorial relevant du régime spécial de protection sociale et affilié(e) à la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL), j’ai épuisé à compter du……………… mes droits statutaires à congé de ………… (longue maladie/longue durée) et suis placé(e), après avis du conseil médical, en disponibilité d’office pour inaptitude physique temporaire pour une durée de ………… à compter de cette même date.

L’article 4, I et II du **décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial prévoit que «  I *les agents*** *atteints d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité de travail et qui ne peuvent reprendre immédiatement leurs fonctions ni être mis ou admis à la retraite peuvent, sur leur demande, être reconnus en état d'invalidité temporaire.*

*II la demande doit être adressée à la caisse primaire de sécurité sociale dans le délai d'un an suivant : Soit la date de l'expiration des droits statutaires à un traitement ou du service des prestations en espèces de l'assurance maladie prévues à l'article 4 ci-dessus ; Soit la date de la consolidation de la blessure ou la date de stabilisation de l'état de l'intéressé, telle qu'elle résulte de la notification qui lui est faite par la caisse primaire.*

*La caisse primaire transmet cette demande, avec son avis, à la collectivité ou à l'établissement auquel appartient l'agent. »*

Ainsi, je vous remercie de bien vouloir me fixer un rendez-vous avec l’un de vos médecins conseils afin que celui-ci émette un avis sur ma demande d’allocation d’invalidité temporaire.

Je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de ma considération distinguée.

Prénom - Nom