

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A remplir par l'administration et à adresser à :

DDCSPP DU HAUT-RHIN
Cité Administrative – Bâtiment C
Commission de Réforme
68026 COLMAR CEDEX

Téléphone : 03 89 24 82 08
Télécopie : 03 89 24 82 07
Courriel : ddcspp-cmcr@haut-rhin.gouv.fr

OBJET DE LA DEMANDE :

- demande d'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI)
- révision quinquennale de l'ATI
- mise à la retraite pour invalidité (suite à congé MP, AT ou -28 ans de service suite à congé non imputable)
- mise à la retraite d'office pour invalidité
- majoration de pension pour l'assistance d'une tierce personne
- mise à la retraite spéciale (pension pour orphelin infirme, invalidité du conjoint ou de l'enfant)
- demande et prolongation de réintégration à temps partiel thérapeutique suite à congés imputables
- affectation à un emploi moins pénible
- reconnaissance d'accident de service *

motif de la saisine :

- reconnaissance de maladie professionnelle *

motif de la saisine :

- autre :

** si l'imputabilité n'est pas reconnue par l'Administration ou si l'imputabilité aux fonctions semble douteuse.*

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale (obligatoire pour une demande d'ATI) :

Grade :

Date d'entrée dans l'administration :

Adresse personnelle :

L'agent est-il actuellement en arrêt de travail ? OUI NON - si oui, arrêt de travail jusqu'au :

L'agent a-t-il repris ses fonctions ? OUI NON – si oui, indiquer la date de reprise :

En cas d'hospitalisation, préciser le lieu :

Observations éventuelles :

A le

Signature du Chef de Service