



DOSSIER DE SAISINE ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE

Dossier de
saisine
Version 1
23/07/2012
Nbre de
pages : 2

SAISINE SUITE À

Accident de service

Accident de trajet

Maladie professionnelle


Date :


COLLECTIVITE

Nom :

Adresse :

Nom du gestionnaire du dossier :

 (Tel) :

 (Mail) :

AGENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom et prénom de l'agent :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse :

Grade :

DOCUMENTS À FOURNIR	
Certificat médical final	<input type="checkbox"/>
Expertise médicale par le médecin agréé – Rapport médical ATIACL <i>→ Téléchargeable sur le site www.cdg83.fr rubrique santé – sécurité</i>	<input type="checkbox"/>
Demande de l'agent	<input type="checkbox"/>
DANS LE CAS OÙ LA COLLECTIVITE A RECONNU L'ACCIDENT (sans passer en commission de réforme)	
Certificats médicaux liés à l'accident de service, de trajet ou à la maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>
Rapport d'accident	<input type="checkbox"/>
Déclaration de l'accident	<input type="checkbox"/>