

Rapport hiérarchique – Maladie professionnelle

Identification de l'agent

Numéro de sécurité sociale	-----
Nom de naissance	-----
Nom d'usage	-----
Prénom	-----
Grade	-----
Fonction exercée	-----
Service	-----

Maladie professionnelle

Tableau N°

Date du premier diagnostic de la maladie

__ / __ / ____

Descriptif des travaux effectués par l'agent dans le cadre de ses fonctions habituelles à l'époque où a été constatée la maladie.

Préciser les gestes, postures, outils, engins utilisés, environnement du lieu de travail ou produits et substances utilisés selon les cas. **⚠ (A compléter obligatoirement)**

Périodes durant lesquelles l'agent a occupé le poste décrit ci-dessus

⚠ (A compléter obligatoirement)

Du __ / __ / ____	Au __ / __ / ____	-----
Du __ / __ / ____	Au __ / __ / ____	-----
Du __ / __ / ____	Au __ / __ / ____	-----
Du __ / __ / ____	Au __ / __ / ____	-----
Du __ / __ / ____	Au __ / __ / ____	-----

A _____, le ____ / ____ / ____ A _____, le ____ / ____ / ____

Signature de l'agent

 (Nom, prénom, fonction, signature
et cachet du responsable ou de la collectivité)

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données à caractère personnel recueillies sont destinées à la gestion des prestations dues et ne peuvent être communiquées à des tiers non autorisés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données à caractère personnel auprès du Directeur des Retraites et de la Solidarité, Caisse des dépôts et consignations, 2, avenue Pierre Mendès France, 75013 Paris.