

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e)

Madame

Monsieur

Nom d'usage

Nom de famille

Nom

Prénom

Corps

Fonctions/grade

Affectation

Adresse personnelle

Code postal

Ville

demande un temps partiel thérapeutique à : % à compter du :/...../.....
selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées)

.....
.....

Cette demande concerne :

une première demande

un renouvellement

A

, le

Signature

2. Avis du médecin traitant / médecin praticien hospitalier

Je soussigné(e), Docteur

, certifie que l'état de santé de

Nom

Prénom(s)

nécessite un travail à temps partiel thérapeutique à :% à compter du :/...../.....
selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

.....
.....

La demande est en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle :

OUI Durée 1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

NON Durée 3 mois Renouvellement 3 mois

L'agent a déjà bénéficié d'un temps partiel thérapeutique (maxi 12 mois pour la même pathologie) – voir historique joint

Justification du TPT :

la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire

le fonctionnaire doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé

A

, le

Signature + coordonnées du praticien