

DIPER

Bureau gestion individuelle et financière

Tél : 04 74 45 58 47

Mél : ce.ia01-diper@ac-lyon.fr

10, rue de la Paix

BP 404

01012 Bourg-en-Bresse Cedex

1^{ère} DEMANDE

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

1. Partie à remplir par le demandeur

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N°Sécu. Sociale	
Nom		Prénom(s)	
Corps		Grade	
Affectation			
Adresse personnelle			
Code postal		Ville	

Demande un temps partiel thérapeutique de : 50% 75% 80%

A compter du : pour une période de : 1 mois 2 mois 3 mois

Selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

A..... le.....

Signature de l'intéressé(e)

2. Avis du médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur....., certifie que l'état de santé de :

Nom :Prénom(s) :

Nécessite que l'intéressé(e) exerce un travail à temps partiel pour raison thérapeutique
avec une quotité de 50% 75% 80%

A compter du :.....pour une période de : 1 mois 2 mois 3 mois

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 Non

Justification du temps partiel pour raison thérapeutique :

- Le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé.
- 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 et coordonnées du praticien