



SERVICE INSTANCES MÉDICALES

COMMISSION DE REFORME DEPARTEMENTALE DU CENTRE DE GESTION 13

FICHE D'IDENTIFICATION DE L'AGENT

Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom(s) : _____

NOM de jeune fille : _____ Né(e) le : _____

N° Sécurité Sociale Clé N° Affiliation CNRACL

Adresse complète :

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ (Facultatif) : _____

L'agent est-il actuellement en arrêt de travail : OUI NON

Date début d'arrêt : _____ Date fin d'arrêt : _____

Date d'entrée dans la collectivité : _____ Dans la FPT : _____

Date de stagiairisation : _____ Date de titularisation : _____

CATEGORIE: A B C

Service: _____ Grade : _____

Fonction : _____

Nombre d'heures hebdomadaires : h

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITE

COLLECTIVITÉ : _____

Adresse complète :

Code postal : _____ Ville : _____

Personne chargée du dossier :

☎ : _____ Courriel: _____

NOM du médecin de prévention :