

SAISINE DU CONSEIL MEDICAL SUPERIEUR

Dossier à transmettre accompagné du courrier de contestation
et de la lettre de saisine du conseil médical supérieur (CMS) par l'autorité territoriale.

avec la mention « **CONFIDENTIEL / NE PAS OUVRIR** » au :
Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Pyrénées Orientales
Secrétariat du Conseil médical départemental

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ

Collectivité (à initiative de la demande si l'agent intercommunal) : _____

Adresse : _____

Personne en charge du dossier : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Courriel : _____

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Madame Monsieur

Nom patronymique : _____ Nom marital : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ courriel _____@_____

Grade : _____ Catégorie : A B C

Fonctions exercées : _____

Stagiaire CNRACL Stagiaire IRCANTEC Titulaire CNRACL Titulaire IRCANTEC CONTRACTUEL de droit public

Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale : _____ Dans la collectivité : _____

Temps de travail dans la collectivité : _____ heures/semaine

*Agent intercommunal, si oui, précisez la collectivité :

Temps de travail autre(s) collectivité(s) : _____ heures/semaine _____ heures/semaine

Motif de la saisine du CMS : recours de l'agent recours de la collectivité

Date du procès-verbal du conseil médical en formation restreinte contesté ____/____/____

Motif du recours :

