CERTIFICAT MEDICAL MEDECIN TRAITANT

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE
POUR UN AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Je soussigné Docteur .....

Certifie que l'état de santé de

M/Mme.....

Employeur : .....

Poste occupé : .....

nécessite l'accomplissement de son service à temps partiel pour raison thérapeutique.

Justification du TPT :

- ☐ 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 ;

et/ou

- ☐ permet à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

A compter du : ……../……../……..

Durée (1 à 3 mois max) : ☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois

Quotité : ☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 70 % ☐ 80 % ☐ 90 %

Modalités d'exercices : .....
.....
.....
.....
.....
.....

A , le

Signature + coordonnées du praticien

Information :
Le service accompli à temps partiel pour raison thérapeutique peut être exercé de manière continue ou discontinue pour une période dont la durée totale peut atteindre un an au maximum.