

Lieu, date

**Titre Prénom NOM
adresse
Code postal VILLE**

**Titre autorité territoriale
Dénomination collectivité
Ressources humaines
Adresse
Code postal VILLE**

Objet : Demande renouvellement ou réintégration ou temps partiel thérapeutique (TPT) CLD fonctionnaire CNRACL

Madame ou Monsieur le Maire / le Président,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au Conseil Médical en formation restreinte afin que celui-ci émette un avis sur :

- * le renouvellement de mon congé de longue durée à compter du [date] ou pour la période du [date] au [date] pli confidentiel du médecin traitant joint.
- * la reprise de mes fonctions à compter du [date] certificat médical du médecin traitant joint.
- * la reprise de mes fonctions à temps partiel thérapeutique à compter du [date] certificat médical du médecin traitant joint.

Vous trouverez les éléments médicaux utiles à l'examen de mon dossier, sous pli confidentiel.

Je reste à votre entière disposition pour toutes précisions complémentaires et vous prie d'agréer, Madame ou Monsieur le Maire / le Président, mes salutations distinguées.

Nom Prénom et signature de l'agent

* cochez la case correspondant à votre choix