

Direction des Ressources Humaines
Service Ressources, Pilotage et Perspectives – Pôle Pensions et Accidents du Travail
@ : pensions@inserm.fr

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

A remplir uniquement par les fonctionnaires et agents sur CDI ou CDD d'une durée ≥ à un an*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance :
Adresse personnelle :

N° de matricule :

Tél. personnel : Mail personnel :

Si votre dossier est examiné par le Conseil Médical (formation plénière) ou la CPAT (Commission Paritaire chargée d'émettre des avis en matière d'Accidents du Travail et maladies professionnelles), souhaitez-vous que vos coordonnées personnelles soient communiquées aux Représentants du Personnel ? Oui Non

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Délégation Régionale : Affectation :

Adresse de la structure :

Tél professionnel : Mail professionnel :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Statut : Stagiaire Titulaire CDI (*hors CDI de mission scientifique*) CDD ≥ à un an *

Position : Activité Détachement Mise à disposition

Grade : Date d'entrée à l'Inserm :

Quotité de travail :%

Préciser les jours travaillés : **L M M J V S D**

Métier / Fonction : Date d'entrée en fonction sur le poste :

Activité habituelle :

Laboratoire Animalerie Administratif Autre (à préciser) :

AUTRES INFORMATIONS

Avez-vous déjà été victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle auparavant ? Oui Non

A quelle(s) date(s) :

Taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) reconnu :

Organisme qui a géré l'accident ou la maladie professionnelle (nom, adresse):

*(*hors CDD de projet, CDD post doc, fondement code de la recherche, CPJ*)

VISA DU DIRECTEUR D'UNITE OU DU CHEF DE SERVICE

Nom du supérieur hiérarchique :
Adresse mail : Tél. :
Fonction de l'agent :
Observations :
.....
.....
.....
Fait à le.....
Signature du directeur d'unité/chef de service, ou de son représentant dûment habilité :

PARTIE ADMINISTRATIVE

VISA DE LA DELEGATION REGIONALE

Date d'affectation de l'agent sur ce poste :
L'administration a-t-elle procédé à un aménagement des conditions de travail et/ou des fonctions de l'agent ?
 Oui Non
Si oui, à quelle date :
Mesures mises en œuvre :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PIECES A JOINDRE PAR LA DR - POLE RH A LA PRESENTE DECLARATION :

- Une fiche de poste ;
- Un rapport du médecin du travail et le cas échéant le questionnaire annexe pour les maladies hors tableaux ;
- La copie des 3 dernières fiches de visite médicale ;
- Une analyse du poste de travail établie par le conseiller de prévention ;
- Le cas échéant : l'historique des différents emplois et des affectations de l'agent.

Dossier suivi par :
Médecin du travail :
Gestionnaire Ressources Humaines :
Fait à le.....
Signature du Délégué Régional ou de son représentant dûment habilité :

ANNEXE
MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL (HORS TABLEAUX)

QUESTIONNAIRE A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL ET A JOINDRE AU RAPPORT DETAILLE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DE L'AGENT

Date de la dernière visite médicale :

Avez-vous constaté la pathologie déclarée par l'agent ? Oui Non

Depuis quelle date ? :

Selon vous, les conditions de travail de l'agent sont-elles de nature à expliquer ou aggraver la pathologie présentée ? :

.....
.....
.....
.....

A la date du recrutement, l'agent présentait-il des antécédents de nature à favoriser l'apparition de la maladie ? :

.....
.....
.....
.....

L'agent a-t-il bénéficié de mesures spécifiques (aménagement de poste, reclassement, achat de matériel adapté...) ? :

.....
.....
.....
.....

Depuis quelle date ? :

A votre avis, quel a été leur impact ?

.....
.....
.....
.....

Existe-t-il, à votre connaissance, des éléments d'origine extraprofessionnelle en lien avec cette pathologie (état antérieur, activités extérieures, situation personnelle...) :

.....
.....
.....
.....

Fait à le

Signature :