

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE (CITIS)

Vous êtes fonctionnaire territorial stagiaire ou titulaire CNRACL et vous êtes affecté par une maladie que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle. En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, il convient d'adresser par tout moyen à l'autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l'établissement public une déclaration de maladie professionnelle comportant :

- Le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie,
- Un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un **délai de deux ans** à compter de :

- la **date de la première constatation médicale de la maladie** ;
- ou de la date à laquelle le fonctionnaire est **informé par certificat médical du lien possible entre sa maladie et l'activité professionnelle** ;
- ou, en cas **de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale** si le fonctionnaire est déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Si la maladie entraîne un arrêt de travail, le certificat médical doit être transmis à l'autorité territoriale dans un délai de 48h suivant son établissement.

Les maladies pouvant être imputables au service article 21 bis IV de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983.

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

INFORMATIONS RELATIVES A LA VICTIME

Informations personnelles

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

Téléphone personnel :

Mail personnel :

Coordonnées administratives

Nom de la collectivité ou de l'établissement public :

Nom du service d'affectation :

Adresse :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel :

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire
A B C

Cadre d'emploi :

Grade :

DHS : Temps non complet Temps partiel Si temps partiel, quotité : %

Précisez les jours travaillés :

Métier/fonctions :

Date entrée en poste :

Activité habituelle : Terrain Bureau Atelier Autre:.....

INFORMATIONS RELATIVES A LA MALADIE

Désignation de la maladie (*se reporter au certificat médical*) :

.....
.....

Le cas échéant, le n° et le titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévues à l'article R.461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code (*se reporter au certificat médical*) :

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (*s'il est connu – indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu la période d'exposition : du...au...*) :

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

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (*environnement, tâches exécutées, gestes effectués...*) :

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

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (*machine, appareil, produit...*) :

.....

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration :

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

Date de la première constatation médicale de la maladie :

Le cas échéant, les dates des arrêts de travail :

- Du au.....
- Du..... au.....
- Du..... au.....

Attestation de témoins éventuels : Oui Non

Nom/prénom/qualité (*adresse si externe à l'administration*) :

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

Pièces jointes

Certificat médical (*obligatoire*)

Témoignages

Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

Pli confidentiel – secret médical (*à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « Pli confidentiel – secret médical »*)

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale (*à préciser par votre médecin*)

Autres documents médicaux (*copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister*) :

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

Je soussigné (*prénom et nom*) :

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à :

Le (*date de la déclaration*) :

Signature de l'agent ou de son représentant s'il y a lieu :