

PARTIE À COMPLÉTER PAR LA COLLECTIVITÉ DONT DÉPEND L'ADHERENT

Type du congé de maladie :

Date de départ de l'arrêt de travail en cours :

Date du passage à demi-traitement :

Périodes à indemniser :

Reprise d'activité : OUI* NON* Si OUI le :

**Détail des arrêts de travail au cours des douze derniers mois précédant la date du passage à demi-traitement à compléter ci-dessous :
(ou joindre un tableau/état récapitulatif des absences maladie)**

Type du congé	Périodes rémunérées à plein traitement	Nombre de jours à plein-traitement

OBSERVATIONS :

Montant de la participation de l'employeur (en €) :

Montant total de la cotisation à plein traitement (Agent+Employeur) (en €) :

Si vous ne disposez pas des éléments ci-dessus, merci de bien vouloir nous indiquer :

Taux de participation (en %) :

Fait à _____ le _____

Signature / **cachet** de la Collectivité

Mail du contact RH au sein de la collectivité :

PIÈCES À JOINDRE À CE DOCUMENT :

- Les trois derniers bulletins de salaire ainsi que le bulletin de salaire à demi-traitement
- Le détail des arrêts de travail au cours des douze derniers mois précédant la date du passage à demi-traitement
- Pour les agents affiliés à la Sécurité Sociale : les décomptes des Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale (même en cas de subrogation)
- Un RIB si celui-ci est différent du RIB utilisé pour le versement du salaire
- Le *questionnaire médical de demande de prestations* de la Mutuelle Nationale Territoriale complété et joint sous enveloppe cachetée portant la mention « Confidentiel - Secret médical »
- Le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental relatif au congé de maladie ou de l'arrêté municipal ou de la Commission de réforme.