Modèle n°01-D-MOD1P- CDG 53

**Conseil médical plénier : lettre de demande de l’agent**

à Mme / M. le Maire / le Président(e) le

Nom et prénom de l’agent

Adresse

Téléphone

Mail

Madame / Monsieur le Maire (Président (e)),

J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir soumettre mon dossier dans les meilleurs délais au conseil médical plénier afin que celui-ci se prononce sur :

ma reconnaissance en maladie professionnelle (tableau de la sécurité sociale)

l’attribution de l’allocation temporaire d’invalidité

mon reclassement professionnel

mon admission à la retraite pour invalidité

autres (rechute, …)

Préciser :

Signature de l’agent

Le date.