Modèle n°01-D-MOD1R- CDG 53

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

à Mme / M. le Maire / le Président(e)

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 comité médical afin que celui-ci se prononce sur :

**🡪 l’octroi de : 🡪 la prolongation de :**

[ ]  mon congé de longue maladie

[ ]  mon congé de grave maladie

[ ]  mon congé de longue durée

[ ]  ma disponibilité d’office

A compter du

[ ]  mon congé de longue maladie

[ ]  mon congé de grave maladie

[ ]  mon congé de longue durée

[ ]  ma disponibilité d’office

A compter du

**🡪 mon aptitude à l’expiration des droits à congés:**

[ ]  après 12 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire

[ ]  après 3 ans de congé de longue maladie

[ ]  après 5 ans de congé de longue durée

[ ]  à l’issue d’une période de disponibilité d’office pour raison de santé

A compter du

Vous voudrez bien trouver ci-joint le certificat médical de mon médecin traitant sous pli confidentiel.

Vous en souhaitant bonne réception, veuillez agréer, Madame / Monsieur le Maire (Président(e)), l’expression de mes salutations distinguées.

Signature de l’agent

Le date.