Modèle à adapter n° 08-E-MOD1 - CDG 53 (décembre 2021)

**Courrier de mission à adresser au médecin agréé**

*A \_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Logo collectivité et/ou bloc adresse)*

***Docteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***(adresse)***

***53…***

*Dossier suivi par (vos réf)*

Objet : Demande de temps partiel thérapeutique présentée par M. ou Mme

Docteur,

Docteur,

*En application de l’article 13-3 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, l’autorité territoriale peut faire procéder à tout moment par un médecin agréé à l’examen du fonctionnaire intéressé, qui est tenu de s’y soumettre sous peine d’interruption de l’autorisation dont il bénéficie*

*OU*

*En application de l’article 13-4 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, lorsque le fonctionnaire demande la prolongation de l’autorisation d’accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique au-delà d’une période totale de trois mois, l’autorité territoriale fait procéder sans délai par un médecin agréé à l’examen de l’intéressé, qui est tenu de s’y soumettre sous peine d’interruption de l’autorisation dont il bénéficie.*

Vous voudrez bien recevoir *M. ou Mme ……………………..* en consultation et déterminer, au regard de l’avis formulé par son médecin traitant, si l’exercice de ses fonctions à temps partiel thérapeutique est justifié :

* soit parce que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l’amélioration de l’état de santé de l’intéressé ;
* soit parce que l’intéressé doit faire l’objet d’une rééducation ou d’une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Au terme de cet examen, vous porterez votre avis dans la partie réservée à cet effet du formulaire de demande de temps partiel thérapeutique ci-joint.

Vous vous prononcerez également sur la quotité de temps de travail (de 50 % à 90 %) ainsi que sur la durée de la période de temps partiel (1 à 3 mois).

*(Le cas échéant :)*

Pour votre information, *M. ou Mme* ………. a déjà bénéficié de périodes de travail à temps partiel thérapeutique selon le calendrier suivant :

- du …………. au …………

- du …………. au …………

Vous voudrez bien, en conséquence, déterminer si cette demande est effectuée en lien avec la/les affection(s) ayant déjà donné lieu à temps partiel thérapeutique.

A l’issue de l’examen médical pratiqué, vous me renverrez le formulaire de demande de temps partiel thérapeutique dûment complété par vos soins ainsi que, en cas d’avis non concordant, vos conclusions médicales sous pli confidentiel.

Vos honoraires sont pris en charge par l’administration, il convient à cet effet de ne pas utiliser la carte vitale du fonctionnaire mais de me transmettre les documents suivants :

• Le relevé d’honoraire, conformément aux tarifs fixés par l’arrêté du 3 juillet 2007 ;

• Le relevé d’identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ou de caisse d’épargne (RICE) ;

• Le numéro du Système d’identification du répertoire des établissements (SIRET) composé de 14 chiffres.

Veuillez, agréer, Docteur, l’assurance de ma considération distinguée.

Signature de l’autorité territoriale