

## **Demande de temps partiel thérapeutique (agent CNRACL)**

Première demande       Renouvellement

***Les documents médicaux doivent être joints sous pli confidentiel.***

### **Partie à remplir par le fonctionnaire**

Je soussigné(e),

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

Adresse : .....

Fonctions : .....

Employeur : .....

**Demande un temps partiel thérapeutique à .....%** (50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)

**A compter du** : .....

Selon les modalités suivantes (*préciser les périodes travaillées et non travaillées*) :

.....  
.....

A....., le.....  
Signature

### **Partie à remplir par le médecin traitant**

Je soussigné(e), **Docteur** .....

Certifie que l'état de santé de :

**Nom** : ..... **Prénom**.....

**Nécessite un temps partiel thérapeutique à .....%** (50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)

**A compter du** : .....

Pour une durée de       1 mois     2 mois     3 mois

**Le temps partiel thérapeutique permet :**

le maintien ou le retour dans l'emploi de l'intéressé et est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé

OU

à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Observations : .....  
.....  
.....

A ..... , le .....  
Le Docteur .....  
Signature + cachet

**Partie complétée par l'employeur** ☞ Si le médecin traitant n'a pas complété la partie ci-dessus, l'employeur coche la case et agrafe une copie du certificat médical ou du CERFA au présent formulaire.