

RAPPORT HIERARCHIQUE

Maladie Professionnelle

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique : Régime :
Nom d'usage : Statut :
Prénom :
N° Sécurité sociale :
N° d'affiliation CNRACL agent :
Grade :
Métier exercé :
Service :
Raison sociale de la collectivité :
N° CNRACL collectivité :

MALADIE PROFESSIONNELLE (joindre le rapport du médecin du travail ou de prévention)

Tableau N°

Date du 1^{er} diagnostic de la maladie (joindre compte-rendu médical correspondant) :

Description précise des substances utilisées habituellement par l'agent (nom et composition), ayant entraîné la maladie :

Description précise des travaux habituels, effectués à l'époque où a été contractée la maladie visée au tableau, en mettant en évidence les gestes susceptibles de la provoquer:

Description du risque auquel l'agent a été exposé de par ses fonctions : :

Périodes d'exposition au risque : du au
du au
du au

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations. (*)

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

Signature de l'agent

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

Signature et cachet du responsable du service

(*) (en cas de désaccord, l'agent devra produire une déclaration séparée)

La loi 78-17 du 06 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données inscrites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant auprès de votre employeur.