 **ANNEXE 5**

**DEMANDE / RENOUVELLEMENT DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

**(sauf renouvellement à l’issue d’un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS))**

**A transmettre par courriel au service gestionnaire par voie hiérarchique**

1. **Partie à remplir par l’agent**

Je soussigné (e),

Nom : Prénom :

**Discipline :** Corps :

Grade :

Affectation :

Adresse personnelle :

Demande de temps partiel thérapeutique à : 50% - 60% - 70% - 80% - 90%

A compter du : ……………………………………………….

Cette demande est :

🞎 une première demande 🞎 un renouvellement

A le, Signature

1. **Avis du médecin traitant**

Je soussigné (e), Docteur certifie que l’état de santé de

Nom : Prénom (s) :

Coordonnées :

🞎 Nécessite l’octroi d’un temps partiel thérapeutique à :   50% - 60% - 70% - 80% - 90%

🞎 Nécessite le renouvellement du temps partiel thérapeutique à : 50% - 60% - 70% - 80% - 90%

A compter du :……………………………………………………

Durée préconisée

1 mois 🞎 2 mois 🞎 3 mois 🞎

Justification du temps partiel thérapeutique :

🞎 Le temps partiel thérapeutique est reconnu comme étant de nature à favoriser l’amélioration de l’état de santé de l’agent.

ou

🞎 L’agent doit faire l’objet d’une rééducation ou d’une réadaptation pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

A le Signature /Cachet