**Partie à remplir par le fonctionnaire**

NOM : …………………………………………………..Prénom : …………………………………………………………..

Né(e) le : ……………………………………………

Grade : ……………………………………………………Employeur : …………………………………………………….

Demande un temps partiel thérapeutique à ………….% (50%, 60%,70%,80%) à compter du : ……………….

Propositions des modalités suivantes ( préciser périodes travaillées et non travaillées) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cette demande est :

□ une première demande

□un renouvellement (préciser la durée déjà accordée) : ………………………………………….

A …………………………., le……………………..

Signature de l’agent

**AVIS DU MEDECIN TRAITANT**

Je soussigné (e), Docteur……………………………………………………………………………………………………………………

Certifie que l’état de santé de M. - Mme :

Nom : …………………………………………………………………….Prénom : ……………………………………………………………..

Nécessite un temps partiel thérapeutique (TpT) à : …………….% (Entre 50% et 80 % par périodes fixes de 3 mois).

La demande est-elle en lien avec une maladie professionnelle ou un accident de service :

□ oui □ non

**Justification du TpT :**

□ La reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l’amélioration de l’état de santé du fonctionnaire.

□ Le fonctionnaire doit faire l’objet d’une rééducation ou d’une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

A …………………………., le……………………..

Signature et Cachet du médecin traitant

**AVIS DU MEDECIN AGRÉÉ**

*(liste des médecins agréés sur* [*www.normandie.ars.sante.fr*](http://www.normandie.ars.sante.fr)*)*

*(A renvoyer à l’employeur sous pli confidentiel)*

Je soussigné(e), Docteur …………………………………………………………………………………………..médecin agréé,

Certifie que l’état de santé de M. - Mme :

Nom : …………………………………………………………………….Prénom : ……………………………………………………………..

**🞎 Avis favorable**

Nécessite un temps partiel thérapeutique (TPT) à ………………………% (entre 50 et 80%).

A compter du ……………………………………..selon les préconisations de temps de travail suivantes :

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................

**Justification du TpT :**

□ La reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l’amélioration de l’état de santé du fonctionnaire.

□ Le fonctionnaire doit faire l’objet d’une rééducation ou d’une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

**Décompte des droits à TPT au titre de la même pathologie (1 an maximum) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Période précédemment accordées**  (à remplir par l’employeur) | **Demande en cours**  (à remplir par le médecin agréé) | |
| Du ……………………... au ……………………… | □ Affection identique | □ Affection différente |
| Du ……………………... au ……………………… | □ Affection identique | □ Affection différente |
| Du ……………………... au ……………………… | □ Affection identique | □ Affection différente |
| Du ……………………... au ……………………… | □ Affection identique | □ Affection différente |

**🞎 Avis défavorable au TPT**

A …………………………., le……………………..

Signature et Cachet du médecin agréé