**MODÈLE LETTRE DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL SUPERIEUR PAR UN AGENT**

Date :

**(Nom, prénom et adresse de l’agent)**

à

Monsieur le Maire/Président

de ………………………………….

**Objet : Demande de saisine du Conseil Médical Supérieur**

Monsieur le Maire (Président),

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir transmettre mon dossier au Conseil Médical Supérieur.

En effet, je porte recours contre l’avis rendu par le conseil médical départemental en date du……………. concernant ma demande de……………………………………………………………………..

Par la présente, je demande que celui-ci se prononce sur :

☞🞏 **l’octroi** ou🞏 **la prolongation de** *(cocher l’option correspondante)* :

* mon congé de maladie ordinaire.
* mon congé de longue maladie.
* mon congé de longue durée.
* mon temps partiel pour raison thérapeutique.

À compter du .....................................

**OU**

☞ **mon aptitude à** *(cocher l’option correspondante)* :

* la reprise à temps plein
* la reprise à temps partiel pour raison thérapeutique

(avec ou sans aménagement de poste)

à compter du .....................................

**OU**

☞ **mon aptitude à occuper mon poste de travail**

Vous voudrez bien trouver ci-joint sous pli confidentiel les éléments médicaux établis par mon médecin traitant.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur le Maire/Président, à l’assurance de mes sentiments distingués.

Signature.........................................