**MODÈLE LETTRE DE SAISINE DU CONSEIL MÉDICAL SUPERIEUR PAR UNE COLLECTIVITE**

Date :

**(Nom, prénom, qualité**

 **adresse de la collectivité )**

à

Monsieur le Président

du conseil médical départemental de la Fonction Publique Territoriale

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

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir transmettre le dossier ci-joint au Conseil Médical Supérieur.

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

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

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

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

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

**OU**

☞ **son 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**

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

Vous voudrez bien trouver ci-joint le rapport d’enquête administrative établi par mes services.

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

Cachet + Signature.........................................