**Coordonnées COLLECTIVITE**

Commune, le

**Docteur ……………**

**Médecin généraliste agréé**

**Adresse EXPERT**

**🕿 .. .. .. .. ..**

Objet : EXPERTISE MEDICALE

Docteur,

J’ai l’honneur de vous communiquer sous le présent pli, le dossier de :

**M…… Nom Prénom AGENT,** né(e) le Date naissance AGENT

**Adresse** : Adresse AGENT

**Tél.** : N° téléphone AGENT

**Grade :** Grade AGENT

**Collectivité employeur** : Nom COLLECTIVITE

**Motif de la demande d’expertise** : Renouvellement d’un temps partiel thérapeutique

**Questions posées par la COLLECTIVITE :**

M…… Nom Prénom AGENT a repris son activité à Temps Partiel Thérapeutique au taux de ……. % depuis ……… mois, à compter du ……………. jusqu’au ……….., et sollicite le renouvellement de celui-ci à compter du ………..

Pouvez-vous nous préciser si son état de santé justifie la prolongation de ce temps partiel thérapeutique ? si oui selon quelle quotité et pour quelle durée ?

*Vous voudrez bien noter que les droits statutaires à Temps Partiel Thérapeutique sont de 1 an et que les périodes de renouvellement ne peuvent dépasser 3 mois (possibles pour 1 mois, 2 mois ou 3 mois).*

Je vous serais obligé de bien vouloir procéder à l’examen de l’intéressé(e) et nous faire parvenir le plus rapidement possible en retour :

* un rapport d’expertise qui devra comporter 2 parties :
  + - vos conclusions administratives qui devront répondre précisément aux questions posées et ne devront porter aucune mention de la pathologie concernée,
    - Le rapport d’expertise détaillé, **sous pli confidentiel séparé**, que vous devrez transmettre au Centre de Gestion de l’Ariège - Secrétariat du Conseil Médical – 10 rue germain authié – 09000 FOIX, pour classement dans le dossier médical de l’agent.
* vos états d’honoraires (imprimé ci-joint à retourner complété et signé en y joignant un RIB).

Je vous prie de recevoir, Docteur, l’expression de mes respectueuses salutations.

Le Maire ou Le Président de …………………

**Coordonnées COLLECTIVITE**

**NOTE D’HONORAIRES**

A compléter, dater, signer et retourner à Nom collectivité

**Docteur ……………**

**Médecin généraliste agréé**

**Adresse EXPERT**

**🕿 .. .. .. .. ..**

**N° SIRET :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’agent examiné : **…………………………………….** né(e) le ../../..

Domicilié(e) : ……………………………………………………….

Collectivité employeur : **…………………………………………**

Date de l’examen : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motif de l’expertise : Vérification de l’aptitude aux fonctions d’un agent au cours de son arrêt de travail.

|  |  |
| --- | --- |
| MONTANT DES HONORAIRES : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Imprimé à retourner dûment complété et signé à Nom et adresse COLLECTIVITE ***(accompagné d’un RIB)***pour règlement des honoraires pour un montant de (préciser le montant dû en toutes lettres) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature