**MODELE DE DEMANDE D’AVIS DE LA CPAM**

**SUR UNE ALLOCATION D’INVALIDITE TEMPORAIRE**

Identification de la collectivité Date

Adresse

Identité agent

…

…

Objet : demande d’avis sur une allocation d’invalidité temporaire

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

Je me permets de vous interroger sur ma situation en tant qu’agent titulaire occupant les fonctions de ……. relevant du régime de la CNRACL. Après avoir épuisé mes droits à congé de maladie ordinaire, je viens d’être placé(e) en disponibilité d’office par le Conseil Médical – formation restreinte, à compter du……..

A partir de cette date, je ne perçois plus aucun traitement. Toutefois, je peux bénéficier d’une allocation d’invalidité temporaire versée par ma Collectivité, comme le prévoit l’article 6 du Décret 60-58 du 11/01/1960 : « Les agents atteints d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité de travail et qui ne peuvent reprendre immédiatement leurs fonctions ni être mis ou admis à la retraite peuvent, sur leur demande, être reconnus en état d'invalidité temporaire. »

A cet effet, je vous serais reconnaissant de bien vouloir apprécier mon état d’invalidité temporaire et me classer dans l’un des trois groupes d’invalidité.

A toutes fins utiles, je vous transmets mon dossier vous permettant d’examiner ma situation.

Dans l’attente de votre réponse,

Je vous prie d’agréer, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l’assurance de mes salutations distinguées.

Fait à………………., le …………………

Signature de l’agent

*Pièces jointes : premier arrêté de nomination dans la fonction publique, copie des arrêtés du congé maladie, copie des avis du Conseil Médical - Formation restreinte en lien avec les droits à congés épuisés, le placement en disponibilité d’office pour raison de santé, copie sous pli confidentiel du compte-rendu d’expertise effectuée par le médecin agréé, copie de la fiche de poste,* ***Et copie de tout élément susceptible d’apporter des précisions au médecin conseil***

*Copie transmise à la collectivité employeur : Nom de la collectivité employeur – Adresse – CP – Ville*