



## Déclaration de maladie professionnelle

*Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat*

Accident de service :

*Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés)*

Accident du travail :

*Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an*

*Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).*

**A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES ET A RETOURNER AU BUREAU DES PENSIONS ET ACCIDENTS DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG**

**DATE DE LA 1<sup>ère</sup> CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE:** | | | | | | | | | |

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :**

Mme             Mlle             M.

Nom de naissance : ..... Nom d'épouse : .....  
Prénoms : .....

Situation familiale :  célibataire     marié(e)     pacsé(e)     séparé(e)     divorcé(e)     veuf(ve)

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Numéro d'agent (NUMEN) : | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro INSEE : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse personnelle : .....

Code postal | | | | | Ville.....

Téléphone (facultatif) : | | | | | | | | | | | | | | | | ou | | | | | | | | | |

Adresse électronique (facultatif) : .....@.....

**STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :**

stagiaire     titulaire     non titulaire     Maître à titre définitif     A     B     C

**CORPS DISCIPLINE FONCTION** (en toutes lettres) : .....  
.....

**SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :**

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....  
.....Code postal | | | | | Ville  
.....

Téléphone professionnel : | | | | | | | | | |

Adresse électronique professionnelle : .....@.....

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de la constatation de la maladie : | | | | | | | | | |

**LA DEPOSITION DE L'AGENT DECRIVANT L'ACTIVITE EXERCEE** (environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire, etc. ... tâche exécutée, geste effectué, machine, outils ou produits utilisés, etc. ...) :

.....  
.....  
.....  
.....

**DESCRIPTION DU SIEGE ET DE LA NATURE DE LA OU DES PATHOLOGIES :**

Fournir obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les pathologies

.....  
.....

sans arrêt de travail     avec arrêt de travail     décès immédiat

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ?

OUI     NON    Si oui :

	1 <sup>er</sup> accident ou MP	2 <sup>ème</sup> accident ou MP	3 <sup>ème</sup> accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) .....  
sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à ....., le |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature de l'agent**

Fait à ....., le |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature et timbre du supérieur hiérarchique**

**Joindre à la déclaration, le rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent**

En cas de réserve établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal)