

DEMANDE D'INTERVENTION DE LA CELLULE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

- ◆ À compléter par la collectivité (Maire, DRH, Service RH, etc.), comportant impérativement la signature du Maire ou du Président.
- ◆ À retourner ensuite au correspondant de la Cellule Maintien dans l'Emploi (CME) dans les plus brefs délais pour assurer une prise en charge rapide du dossier, soit par e-mail : emploi@cdg01.fr soit par courrier à l'adresse suivante :

Centre de Gestion de l'Ain
Service Maintien dans l'Emploi
145 Chemin de Bellevue
01960 PÉRONNAS

◆ Pièces à joindre :

- ☐ La photocopie des derniers avis du médecin de prévention avec prescription de l'accompagnement souhaité
- ☐ La fiche de poste actualisée et détaillée
- ☐ Le cas échéant, la photocopie des derniers avis du Conseil Médical
- ☐ Dernier arrêté de situation
- ☐ Planning hebdomadaire de l'agent

INFORMATIONS CONCERNANT LA COLLECTIVITÉ

Nom de la collectivité et Effectif :		Nom du responsable RH ou du contact référent du dossier :	
Téléphone du contact :		Courriel du contact de la collectivité :	
Nom et coordonnées de l'assurance pour les risques statutaires :			
Nom du préventeur :		Téléphone : Courriel :	
Nom du médecin du travail :		Téléphone : Courriel :	

INFORMATIONS CONCERNANT LE SERVICE

Nom du service :		Élu en charge du service :	
Responsable du service :		Courriel du responsable : Téléphone du responsable :	
Nombre d'agents du service :		Nombre d'agents en restrictions d'aptitude dans le service :	

INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT

Situation professionnelle

Poste occupé :		Date d'entrée dans la Fonction Publique :	
Date d'entrée dans la collectivité :		Simulation retraite effectuée par la collectivité :	☐ Oui ☐ Non
☐ Temps complet		☐ Temps non complet (/35 ^{ème})	☐ Temps partiel (%)
Affiliation :		☐ CNRACL	☐ IRCANTEC
☐ Titulaire de la FPT		☐ Stagiaire de la FPT	☐ Autre :
Grade :		Échelon :	

Situation de Santé au travail

Position : (Cochez la situation)	☐ En poste	☐ Temps partiel thérapeutique depuis le :	Quotité : %
☐ En arrêt depuis le	☐ Maladie professionnelle	☐ Accident de service	☐ Rechute
☐ Maladie ordinaire	☐ Longue maladie	☐ Longue durée	☐ Demande de CLM ou CLD en cours
Un aménagement du poste a-t-il déjà été réalisé ?		☐ Oui	☐ Non
Si oui, lequel ?			
Un avis d'incompatibilité entre le poste de travail et l'état de santé de l'agent a-t-il été rendu par le médecin du travail ?		☐ Oui	☐ Non
Un avis d'inaptitude aux fonctions a-t-il été prononcé par un médecin agréé ?		☐ Oui	☐ Non
Le Conseil Médical a-t-il confirmé l'avis d'inaptitude ?		☐ Oui	☐ Non

OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

- ☐ Étude dans le cadre d'un aménagement de poste de travail
☐ Agent en situation de souffrance sur son poste actuel risquant d'engendrer une inaptitude et souhaitant une mobilité/ un changement d'affectation : accompagnement au maintien dans l'emploi
☐ Accompagnement à la constitution du dossier de demande de RQTH auprès de la MDPH
☐ Autre :

Nota bene : Dans le cadre d'une situation de RPS (Risques Psycho Sociaux), l'agent peut à tout moment saisir le service médiation du CDG01, de manière confidentielle. Il conviendra, dans ce cas, de contacter le service de médecine préventive, par mail : medecine@cdg01.fr ou téléphone : 04 74 32 90 95

AUTORISATIONS DE L'AGENT

1) Dans le cadre d'un aménagement de poste de travail :

☐ L'agent accepte d'être photographié, filmé ou enregistré durant l'étude de son poste de travail. Ces photos et/ou vidéos ont pour finalité d'illustrer le rapport de l'étude du poste et les éventuelles préconisations de la Cellule Maintien dans l'Emploi (CME).

2) Dans le cadre d'un accompagnement au maintien dans l'emploi :

☐ L'agent accepte d'être accompagné par la Cellule Maintien dans l'Emploi dans le cadre d'investigations sur les raisons du mal-être / de la souffrance au travail, et de la recherche de solutions. Il s'engage à être proactif dans la démarche.

☐ La collectivité accepte de libérer l'agent pour se rendre aux entretiens de suivi avec la CME, et suivre les éventuelles actions qui auront été définies et validées par l'ensemble des partis (bilan de compétences, stages d'immersion, formations, etc.).

3) Dans le cadre d'un accompagnement MDPH

☐ L'agent accepte de communiquer toutes les informations utiles pour la mise en œuvre de sa demande d'accompagnement MDPH.

☐ L'agent autorise la Cellule Maintien dans l'Emploi à vérifier la complétude et la validité des documents associés à son dossier qui contiennent des informations médicales (ex : certificat médical). Dans le cas contraire, l'agent veillera à mettre sous pli confidentiel les documents en question.

☐ L'agent est informé de la finalité des informations et documents recueillis, de ses droits d'accès à ceux-ci, et de la mise en œuvre d'une politique de protection des données à caractère personnel par le Centre de Gestion de l'Ain pour connaître et exercer ces droits (rubrique « mentions légales » du site internet <https://www.cdg01.fr>).

☐ L'agent reconnaît avoir été informé de l'intervention lors d'un entretien individuel et a confirmé son accord pour la mise en œuvre de la démarche de maintien dans l'emploi, le .

☐ La collectivité reconnaît avoir connaissance de son obligation de mise en œuvre de moyens renforcés dans le cadre de préconisations qui lui seront transmises, afin de compenser les restrictions d'aptitude de son agent (article L4121-1).

Date et signature de l'agent

Date

Cachet et signature de l'autorité territoriale