



RAPPORT HIERARCHIQUE MALADIE PROFESSIONNELLE

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique :

Prénom :

Nom d'usage :

N° Sécurité Sociale : / ...

N° CNRACL de l'agent : - -

Régime :

Statut :

Grade :

Service :

Fonctions exercées :

Raison sociale de la collectivité :

N° CNRACL de la collectivité : -

MALADIE PROFESSIONNELLE (*joindre le rapport du médecin du travail ou de prévention*)

Date du 1er diagnostic de la maladie (*joindre compte-rendu médical correspondant*) :

Description précise des substances utilisées habituellement par l'agent (nom et composition), ayant entraîné la maladie :

Description précise des travaux habituels, effectués à l'époque où a été contractée la maladie professionnelle, en mettant en évidence les gestes susceptibles de la provoquer:

Description du risque auquel l'agent a été exposé de par ses fonctions :

Périodes d'exposition au risque :

✓ Du au
✓ Du au

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations. (*)

A....., le.....

Signature de l'agent :

A....., le.....

Signature et cachet du responsable du service :

() En cas de désaccord, l'agent devra produire une déclaration séparée*