

NOM et Prénom de l'agent :

LA MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE

PIÈCES À FOURNIR

Réservé à la FP	Pièces à joindre par la collectivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le formulaire de saisine de transmission des dossiers au Conseil Médical en formation plénière (téléchargeable sur le site Internet du CDG86),

L'expertise médicale de l'agent (formulaire Questionnaire TP « Majoration pour assistance d'une tierce personne »).

Formation Plénière du :

Cadre réservé au Conseil Médical en Formation Plénière _____

NOM et Prénom de l'agent :

Accusé de réception

Date de réception du dossier : _____

Date de séance prévisionnelle : _____

Aucune date, dossier incomplet : voir cadre réservé au conseil médical en Formation Plénière

Dossier à retourner **IMPERATIVEMENT**

avant le _____