

**ANNEXE 6**

**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

**(sauf renouvellement à l’issue d’un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS))**

**A transmettre par courriel au service gestionnaire par voie hiérarchique**

**AVIS DU MEDECIN AGREE (E)**

Je soussigné (e), Docteur , médecin agréé (e) certifie que l’état de santé de :

 Nom : Prénom (s) :

**⮚ Avis favorable 🞎**

Nécessite le renouvellement d’un travail à temps partiel thérapeutique à :  50% - 60% - 70% - 80% - 90%

A compter du :……………………………………………………

Durée préconisée

1 mois 🞎 2 mois 🞎 3 mois 🞎

Justification du temps partiel thérapeutique :

🞎 Le temps partiel thérapeutique est reconnu comme étant de nature à favoriser l’amélioration de l’état de santé de l’agent.

ou

🞎 L’agent doit faire l’objet d’une rééducation ou d’une réadaptation pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

**⮚ Avis défavorable 🞎**

Emet un avis non concordant avec l’avis du médecin traitant, selon **conclusions médicales jointes sous pli confidentiel.**

A le,

Signature/ Cachet