



IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom d'usage :

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.....

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

Signature de l'agent :

Signature et cachet du responsable du service :

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

Les informations recueillies via le présent rapport, font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel, mis en œuvre à des fins de Liquidier les droits à invalidité, par la Caisse des Dépôts, sise au 56 rue de Lille 75007 Paris, en qualité de responsable de traitement.

Pour plus d'information sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, veuillez-vous référer à la Notice générale de protection des données personnelles de la Caisse des dépôts, disponible à l'adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies>.