

ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES

ATIACL
6, place des citernes –
33059 Bordeaux cedex Tél.
05 56 11 41 23

CONSEIL MEDICAL D*

Procès-verbal de la séance du* 1^{er} passage 2^{ème} passage

(Conformément aux dispositions de l'ordonnance du 25 novembre 2020)

Nom et prénom	Signature	
M. le docteur	Président
M.	} Représentants de la collectivité ou de l'établissement public
M.	
M.	} Représentants du personnel
M.	
M. le docteur	Praticien agréé
M. le docteur	Praticien agréé
M. le docteur	Praticien agréé

<input type="checkbox"/> 1 ^{re} concession	<table border="1"> <tr> <td>NIR de la Sécurité sociale*</td> <td>Clé*</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NIR de la Sécurité sociale*	Clé*		
NIR de la Sécurité sociale*		Clé*			
<input type="checkbox"/> Révision nouvel accident					
<input type="checkbox"/> Révision quinquennale					
<input type="checkbox"/> Révision sur demande					
<input type="checkbox"/> Révision radiation des cadres					

N° ATIACL	

Nom et adresse de la collectivité employeur* :	Nom de famille de l'agent* : Nom d'usage* : Prénom* :
---	--

L'intéressé(e) ou son représentant :	
- a été invité(e) à prendre connaissance de son dossier	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- a été convoqué	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- a assisté et a été entendu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- a présenté des observations écrites et a fourni des certificats médicaux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Motivations de l'avis émis par les membres du conseil et observations*

.....

.....

.....

.....

.....

L'avis du conseil médical doit être motivé dans tous les cas, plus particulièrement en cas de divergences entre les avis médicaux et l'avis du conseil médical ou avec le barème indicatif annexé au Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite.

Accident						
Date	Imputabilité au service	Nature des séquelles libellées conformément au barème (1)	Date de consolidation	Lien (2) Oui/Non	Taux IPP imputable (1)	Taux pré-existant (3)

Maladie d'origine professionnelle (art. L461.2 du code de la sécurité sociale) ou reconnue d'origine professionnelle (art. L461.1 alinéa 3)

Date de constatation	Numéro du tableau	Désignation de la maladie (4)	Conditions du tableau remplies Oui/Non (5)	Lien (6) avec travaux Oui/Non	Nature des séquelles libellées conformément au barème (1)	Date de consolidation	Lien (2) Oui/Non	Taux IPP imputable (1)	Taux pré-existant (3)

Maladie reconnue d'origine professionnelle (art. L461.1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale)

Date de constatation	Désignation de la maladie	Lien (7) avec travaux Oui/Non	Séquelles libellées conformément au barème (1)	Date de consolidation	Lien (2) Oui/Non	Taux IPP imputable (1)	Taux pré-existant (3)

(1) Se référer au barème indicatif d'invalidité par le décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001 (JO du 4 février 2001), sous réserve de l'application de l'art. 1.
(2) Lien médical direct et certain entre les séquelles et l'accident et/ou la maladie.
(3) Il s'agit du taux relatif aux infirmités non imputables au service mais ayant un lien médical ou fonctionnel d'aggravation avec les séquelles du(des) accident(s) de service ou maladies d'origine professionnelle.
(4) Le libellé de la maladie doit être conforme au tableau.
(5) Préciser si les conditions administratives et médicales énumérées dans le tableau sont remplies. Sinon compléter la case sur le lien.
(6) Si une au moins des conditions administratives et médicales ne sont pas remplies, la maladie doit être directement causée par le travail habituel de l'agent.
(7) La maladie doit être essentiellement et directement causée par le travail habituel de l'agent.

Ce formulaire doit être envoyé de préférence par voie postale, afin d'assurer la sécurité des informations personnelles qu'il contient.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par la Caisse des Dépôts et consignations en qualité de responsable de traitement (ci-après désignée Caisse des Dépôts). Les données collectées ont pour finalité Liquider les droits à invalidité et à compensation du handicap. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public à laquelle la Caisse des Dépôts est soumise. Vos données sont conservées selon les modalités suivantes :

- Le contrat d'un ayant-cause (1) est à conserver 10 ans après le décès de l'auteur et jusqu'à 105 ans après sa naissance.*
- Le contrat d'un auteur est à conserver 10 ans après son décès, jusqu'à 105 ans après sa naissance et tant qu'un contrat d'un ayant-cause est encore conservé.*
- Les données propres de l'auteur sont à conserver tant qu'il reste un contrat conservé rattaché à ce dernier.*

Vos données ne seront transmises qu'aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Le traitement de vos données personnelles ne donne lieu à aucun transfert hors de l'Union Européenne. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier.

Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr ou par écrit à l'adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 6, place des citernes – 33059 BORDEAUX CEDEX. Certaines demandes de droits (accès, rectification, limitation) nécessitent la fourniture d'une pièce d'identité valide. Nous vous invitons à consulter notre Politique de protection des données à caractère personnel à l'adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies/notice-information-gestion-des-retraites>. Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos Données à Caractère Personnel par la Caisse des Dépôts, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l'adresse <http://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donneespersonnelles>. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente (CNIL).