

## ATTESTATION

Je soussigné (e) nom, prénom, .....

Représentant légal de la collectivité ou de l'établissement public d'emploi :

.....

.....

en qualité de (fonction) : .....

Dûment habilité par délégation de ou du .....

Déclare que la collectivité ou l'établissement public d'emploi : .....

a étudié toutes les possibilités d'aménagement du poste de travail ou de reclassement pour raison de santé, telles qu'elles sont prévues par les articles 71 à 76 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 ou 81 à 86 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 et les décrets pris pour leur application, préalablement à la demande de pension pour invalidité concernant :

Qualité : ..... Nom : ..... Nom patronymique : .....

Prénom : ..... Contrat CNRACL n° .....

Certifie qu'il n'a pas été possible de lui trouver un poste adapté ou un emploi de reclassement lui permettant de continuer son activité dans des conditions compatibles avec son état de santé ( \*)

Certifie que l'agent a refusé de déposer une demande de reclassement ( \*)

Certifie que l'agent a déposé une demande de reclassement et a refusé les propositions de reclassement qui lui ont été faites pour un motif non lié à son état de santé ( \*) ( \*\*)

**Certifie avoir informé l'agent de la procédure de mise en retraite pour invalidité en cours.**

**Déclare le présent dossier de demande de pension pour invalidité complet.**

Fait le ..... A.....

Signature et cachet de l'employeur

\*) Cocher la case correspondante. (\*\*) Joindre la demande de l'agent, la proposition de poste de la collectivité, l'avis de la médecine du travail ainsi que la lettre de refus de l'agent.

**Cachet et date de la séance plénière du Conseil Médical :**