

Collectivité :

Médecine Préventive

Secrétariat : 04 66 38 64 77

ou 04 66 38 86 91

Fax : 04 66 38 64 81

E-mail : medecine.preventive@cdg30.fr

FICHE NOUVEL AGENT
À renvoyer au secrétariat par e-mail

Nom :		Date de naissance :	
Prénom :		Nom de jeune fille :	
<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin			
Adresse de l'agent :			
N° téléphone de l'agent :			
Grade de l'agent :		Autre Collectivité employeur :	
Emploi occupé :			
Joindre obligatoirement la fiche de poste			
Travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, joindre copie reconnaissance RQTH		Durée hebdomadaire du temps de travail <input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps non complet (précisez) _____ <input type="checkbox"/> Temps partiel (précisez) _____	
<input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Titulaire Depuis _____	<input type="checkbox"/> CDD droit public <input type="checkbox"/> CDI droit public <input type="checkbox"/> Apprenti Du _____ Au _____	<input type="checkbox"/> CAE <input type="checkbox"/> CUI <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____ _____ Du _____ Au _____	
<u>À COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR</u>			
Vous avez placé l'agent en surveillance médicale : <input type="checkbox"/> simple <input type="checkbox"/> renforcée			
Liste des expositions aux risques professionnels ou exposé des tâches confiées aux agents :			

Renseignements concernant la personne à contacter dans la collectivité

Nom et prénom de la personne ressource : _____

Votre n° de téléphone : _____

Votre adresse électronique : _____

Votre n° de fax : _____

Autres : _____