



www.cdg62.fr/

CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DU PAS-DE-CALAIS

INFORMATION

SAISINE DU COMITE MEDICAL SUPERIEUR

A compléter et à transmettre au secrétariat du Comité Médical du Centre de Gestion, accompagné du courrier de contestation et de la lettre de saisine du CMS par l'autorité territoriale

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : ____/____/____ **Grade :** _____

Date de titularisation : ____/____/____

Employeur : _____ **Poste occupé :** _____

Lieu habituel d'exercice de l'activité : _____

Motif de la saisine du CMS : Recours de l'agent

Recours de l'administration

Date du PV contesté : ____/____/____

Motif du recours :

Affaire suivie par : _____