

FICHE DE SIGNALEMENT ENTRE ACTEURS PDP

ORIENTATION VERS :

- ☐ Cap emploi maintien
☐ Service Social Carsat
☐ Fastt

- ☐ Cap emploi insertion
☐ Instance de concertation PDP Assurance maladie
☐ SPST

DEMANDEUR :

Structure :

Nom - Prénom : Fonction :

Tél : Mail :

PERSONNE CONCERNEE :

Nom : Nom de naissance : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone : e-mail :

Date de naissance : Niveau de formation :

Situation actuelle :

☐ En arrêt depuis le : __/__/____ ☐ En maladie ☐ En AT/MP

☒ Reprise envisagée le : __/__/____

☐ TPT/Travail léger ☐ En poste

Emploi :

Secteur : ☐ Privé ☐ Public ☐ ETT ☐ Travailleur indépendant

Poste occupé : Ancienneté dans l'entreprise :

Nature du contrat : Temps de travail :

Employeur :

Nom (raison sociale) et adresse du siège social :

Lieu de travail du salarié si différente :

Nom du correspondant dans l'entreprise :

Tél du correspondant : Mail du correspondant :

SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL :

Service de prévention et de santé au travail :

Nom du médecin du travail ou de prévention, si différent du demandeur :

Centre médical : Tél : Mail :

Date de la dernière visite médicale : __/__/____ ☐ Pré reprise ☐ Reprise ☐ Autre

Conclusion de la visite et préconisations émises par le médecin du travail :

Informations complémentaires pour le Cap Emploi (Salarié ou agent TH ou en cours de reconnaissance)
Reconnaissance TH :
☐ RQTH ou récépissé MDPH

☐ AT/MP avec IPP > 10%

☐ Carte d'invalidité/AAH

☐ Invalidité sécurité sociale

Typologie de handicap :
☐ Handicap moteur

☐ Handicap auditif

☐ Handicap psychique

☐ Handicap visuel

☐ Handicap cognitif

☐ Handicap mental

OBJET DE LA DEMANDE :
☐ Aménagement/Adaptation de poste

☐ Essai encadré

☐ Reclassement sur un autre poste dans l'entreprise

☐ CRPE

☐ Mobilisation vers une reconversion professionnelle

☐ Autre :

 L'employeur est-il informé de la demande : ☐ OUI ☐ NON

Précisions complémentaires :

Informations complémentaires pour le Service social Carsat (Assuré en arrêt de travail)
Informations complémentaires pour le FASTT (Travailleur intérimaire)
Informations complémentaires pour le SPST

Pour information, un signalement a également été effectué à :

☐ Cap emploi maintien

☐ Cap emploi insertion

☐ Service Social Carsat

☐ Instance de concertation PDP Assurance maladie

☐ Fastt

☐ SPST

J'accepte l'intervention des partenaires de la prévention de la désinsertion professionnelle et l'échange des éléments mentionnés dans ce document

Date et Signature du salarié / agent :

Date et signature du professionnel correspondant :

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et de portabilité aux données vous concernant.

Réalisée en partenariat



Soutien

