

## DEMANDE D'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE

(Agent titulaire ou stagiaire, IPP&gt; ou = à 1%)

## RAPPEL

- ▶ Pour prétendre au bénéfice de l'ATI, cette demande doit être adressée à votre service (UGD) **au plus tard un an après la date de reprise** (ou de consolidation si elle est postérieure).
- ▶ Cette demande **doit être accompagnée d'un certificat médical récent**.
- ▶ Votre UGD vous retournera l'accusé de réception ci-dessous.

## DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

Grade :

SOI :

Adresse :

J'ai l'honneur de demander l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité à laquelle je pourrais prétendre du fait de la maladie imputable au service (tableau \_\_\_\_\_), constatée

le \_\_\_\_\_ et qui m'a contraint à cesser mes fonctions

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

## PARTIE A COMPLETER PAR L'UGD

Dates des accidents antérieurs ou des maladies imputables au service éventuels ayant entraîné un taux d'IPP

- ▶
- ▶
- ▶

✂.....

## RECEPISSE DE LA DEMANDE

Le service :

certifie avoir reçu le

de M(me)

SOI

une demande d'allocation temporaire d'invalidité.