

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACTION DE REMOBILISATION
OU DE FORMATION PENDANT L'ARRÊT DE TRAVAIL**

(Articles L.323-3-1 et L.433-1 4^{ème} alinéa et D. 323-6 et suivants du Code de la Sécurité Sociale)

Les assurés qui le souhaitent et dont l'état de santé l'autorise, peuvent accéder pendant la durée de leur arrêt de travail médicalement justifié, à des actions de remobilisation ou de formation en vue de préparer leur retour à l'emploi.

L'accès à ces actions est soumis à l'accord de l'Assurance maladie et du médecin traitant

FORMULAIRE A RETOURNER au moins 30 jours avant le début de l'action de formation à :

CPAM de la CHARENTE - Pôle PDP
30 Bd de Bury – 16000 ANGOULÊME
<https://cpam16.depotdoc.fr/assure/depot>

L'ASSURE(E)

Nom : Prénom :
Adresse :
E-mail : Téléphone : / / /
N° de sécurité sociale : Poste occupé :
Entreprise : Nature du contrat (CDD, CDI,...) :
Adresse de l'entreprise :
Date du début de l'arrêt de travail en cours : / /

Je soussigné(e), souhaite réaliser l'action de remobilisation ou de formation ci-dessous durant mon arrêt de travail :

Action souhaitée :
Organisme de formation :
Type de financement : (joindre la copie de l'accord de financement de formation)
Date de début de l'action : / / Date de fin de l'action : / /
Adresse :

Si essai encadré, préciser :

- Entreprise d'accueil :
- NOM – Prénom – Fonction du tuteur :
- Poste testé :

J'accepte que mon employeur soit informé de mon entrée dans le parcours

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des données qu'il comporte soient transmis aux organismes de Sécurité Sociale pour permettre l'instruction de ma demande. La Sécurité Sociale est informatisée.

La Loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données à caractère personnel modifiant la loi n° 78 du 6/01/1978 relative aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Date : / / Signature de l'assuré(e) :

LA STRUCTURE ACCOMPAGNANTE

(à compléter si l'assuré est accompagné dans cette démarche)

NOM et adresse de la structure :

Nom Prénom Fonction de l'accompagnant :

E-mail :@.....

Téléphone : / / / /

LE SERVICE PREVENTION SANTE AU TRAVAIL

Nom Prénom du médecin du travail :

Nom du SPST : Téléphone : / / / /

Adresse :

Si essai encadré, préciser :

Avis médical : FAVORABLE DEFAVORABLE

Date : / /

Signature et cachet :

LE MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : / / / /

Avis médical : FAVORABLE DEFAVORABLE

Date : / /

Signature et cachet :