

ATTESTATION

Taux d'Invalidité Permanente Partielle ouvrant droit à l'Allocation Temporaire d'Invalidité

Les taux d'invalidité permettant de bénéficier d'une allocation :

- ✓ Pour un accident de service ou de trajet, le taux d'IPP doit être au moins égal à 10%
- ✓ Pour une maladie professionnelle, le taux d'IPP doit être au moins égal à 1%
- ✓ Pour une maladie reconnue d'origine professionnelle (hors tableau), le taux d'IPP doit être au moins égal à 25%.

Je soussigné(e), M _____ déclare :

contester ⁽¹⁾

ne pas contester ⁽²⁾

le taux d'IPP de ___ % tel que retenu à l'issue de l'expertise médicale réalisée le ___ / ___ / _____

le taux d'IPP de ___ % tel que retenu à l'issue de l'expertise médicale réalisée le ___ / ___ / _____

le taux d'IPP de ___ % tel que retenu à l'issue de l'expertise médicale réalisée le ___ / ___ / _____

dans le cadre de l'octroi de l'Allocation Temporaire d'Invalidité.

Ce document est établi pour valoir ce que de droit.

A _____, le ___ / ___ / _____

(Signature de l'agent)

⁽¹⁾ mon dossier sera transmis au service ATIACL de la Caisse des Dépôts et Consignation **après avis du Conseil Médical Départemental en séance plénière.**

⁽²⁾ mon dossier sera classé.