



RAPPORT HIERARCHIQUE ACCIDENT DE SERVICE

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom patronymique :

Prénom :

Nom d'usage :

N° Sécurité Sociale : /

N° CNRACL de l'agent : - -

Régime :

Statut :

Grade :

Service :

Fonctions exercées :

Raison sociale de la collectivité :

N° CNRACL de la collectivité : -

ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Lieu de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels de travail :

Circonstances précises et détaillées de l'accident :

NATURES ET SIEGES DES BLESSURES (Joindre le certificat médical initial)

Nature :

Siège :

Latéralité de l'agent (barrer les mentions inutiles) : Droitier Gaucher Sans objet

TEMOINS (Joindre les déclarations des témoins datées et signées)

OUI NON

Nom :

Prénom :

TIERS EN CAUSE

OUI NON

Nom :

Prénom :

Si oui, remplir l'enquête tiers en cause dans l'onglet « agent » de la page « invalidité / décès » du dossier.

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations. (*)

A....., le.....

A....., le.....

Signature de l'agent :

Signature et cachet du responsable du service :

(*) En cas de désaccord, l'agent devra produire une déclaration séparée

Les informations recueillies via le présent rapport, font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel, mis en œuvre à des fins de Liquidation des droits à invalidité, par la Caisse des Dépôts, sise au 56 rue de Lille 75007 Paris, en qualité de responsable de traitement.

Pour plus d'information sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, veuillez-vous référer à la Notice générale de protection des données personnelles de la Caisse des dépôts, disponible à l'adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies>.