

Déclaration d'arrêt de travail (phase pilote)

(Arrêt de travail établi hors France)

DGA/DRH/UPAS - FORM (2024)01

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Dans les **48 heures suivant l'établissement, par votre médecin**, d'un certificat d'arrêt de travail, envoyez selon les indications ci-dessous :

- le **présent formulaire** et
- la **copie du certificat de votre médecin stipulant la période d'incapacité de travail**

par **courriel**, à l'Unité des Pensions et des Assurances Sociales (UPAS) à l'adresse assurances_sociales@coe.int, en mettant en objet **NOM Prénom ID Coe - Arrêt du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA** ».

Veillez noter que votre incapacité temporaire de travail ne sera traitée qu'à réception de ces deux pièces. Elles devront être attachées en pièces jointes du courriel, au format PDF et être de bonne qualité (sans flou, reflet et élément extérieur) et intégrale (pas de coupure de l'entête ou du pied de page). Pour les photos prises avec un smartphone, des applications gratuites permettent de convertir la photo en PDF et de rogner l'environnement autour du document photographié.

Vous êtes tenus de **conserver les originaux de ces deux pièces pendant au moins 2 ans**.

Renseignements concernant l'agent/e

NOM, Prénom :	
Numéro d'assuré (numéro agent sur votre fiche de paye) :	
Type de contrat : CDI/OEC CDD Personnel recruté localement Temporaire mensuel France Juge Personnel des groupes politiques (APCE) Fonctionnaire mis à disposition	
Bureau d'affectation :	
Grande Entité Administrative / Service :	
Adresse où vous pouvez être visité/e :	
Téléphone privé (fixe/mobile) :	
Adresse électronique privée :	

Renseignements concernant l'incapacité temporaire de travail

Date de l'établissement du certificat par le médecin :	
Date de début de l'incapacité temporaire de travail :	
Dernier jour d'absence tel qu'indiqué sur le certificat :	
Date effective de reprise du travail :	
S'agit-il d'une prolongation ?	OUI NON
S'il s'agit d'une prolongation, précisez la date du début de l'arrêt de travail initial :	
S'agit-il d'un arrêt à temps partiel thérapeutique ?	OUI NON
L'incapacité temporaire de travail est-elle en rapport avec : (Si ce n'est pas le cas, ne cochez aucune de ces cases)	<input type="checkbox"/> un accident du travail (précisez la date.....) <input type="checkbox"/> une maladie professionnelle reconnue <input type="checkbox"/> un état pathologique résultant de la grossesse
Autres informations <u>hors diagnostic</u> , que vous souhaitez porter à l'attention de l'UPAS (par exemple congés annuels à annuler, arrêt commencé après la journée de travail, etc.) :	

Je certifie que les informations susmentionnées correspondent aux données indiquées par mon médecin dans le certificat d'incapacité de travail ci-joint.

Signature de l'agent/e	Fait à, le.....
------------------------	-----------------------