

DROIT D'OPTION CONGE DE LONGUE MALADIE – CONGE DE LONGUE DUREE

NOM :PRENOM :

GRADE :

COLLECTIVITE EMPLOYEUR :

Je présente une affection qui figure dans la liste des 5 affections ouvrant droit au congé de longue durée (droit ouvert une seule fois par affection dans la carrière) (Article 2 - arrêté du 14 mars 1986).

Je reconnais avoir pris connaissance de mon droit d'option pour le congé de longue maladie ou le congé de longue durée. J'ai bien noté que ce choix est irrévocable.

Au terme de la 1^{ère} année à plein traitement de mon congé de longue maladie, mon choix est le suivant :



Je demande mon maintien en congé de longue maladie (CLM : 1 an à plein traitement, 2 ans à demi-traitement)



Je demande la transformation de mon congé de longue maladie en congé de longue durée (CLD : 3 ans à plein traitement, 2 ans à demi-traitement)

Cocher la case correspondante à votre choix

A, le

Signature :