REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITE
CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

# DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(Loi n°94-28 du 21 Février 1994)

Au moment de remplir cette déclaration, veuillez consulter attentivement la notice d'utilisation

**IMPORTANT**
Joindre obligatoirement à la Déclaration adressée à la CNSS le certificat médical initial.

**Réservé à l'administration**

## EMPLOYEUR[1]

Numéro d'affiliation à la C.N.S.S

Nom ou Raison Sociale : ……..

Adresse : ……

…… Code Postal N° Téléphone : ……

Nature de l'activité : ……..

## VICTIME

Numéro Matricule à la C.N.S.S

Nom et prénom : …… Prénom du père : ……...

Nom de jeune fille : …… Nationalité : …… Sexe : ……..

Date et lieu de naissance : jour mois année à …… N° C.I.N.

Adresse du domicile : ……

…… Code Postal

Date d'embauche : jour mois année Qualification professionnelle [1] : …… Statut[2] : ……..

Emploi Habituel [4] : …… depuis : ……

Adresse du lieu de travail habituel : ……

## Maladie professionnelle

Désignation de la maladie[5] : …… N° du tableau correspondant ……

Constatation de la maladie par (nom du médecin) …… le jour mois année

Nature de travail :[6] ……..

Date de cessation d'exposition à l'agent nocif [10] : …… le jour mois année

A-t-elle entrainé un arrêt de travail ? oui ☐ non ☐

## En cas d'arrêt de travail

Date d'arrêt de travail : jour mois année le salaire est-il maintenu ? oui ☐ non ☐

Si oui, pour une durée de : …… et au montant de : D par ……..
(heure, jour, mois ou autre)

**Emplois antérieurs exposant au risque de maladie professionnelle** (joindre, autant que possible, attestations du travail correspondant à ces emplois)

| Raison Sociale, Adresse de l'employeur Et n° d'affiliation à la CNSS | Nature du travail | Agents nocifs | Période | |
|---|---|---|---|---|
| | | | du | au |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Je soussigné (nom et prénoms) : …… déclare sur l'honneur, en ma qualité de[7] …… que les renseignements ci-dessus sont sincères et véridiques.

**Remarque :** Cette déclaration doit être établie en trois exemplaires et transmise :
- à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
- au poste de police ou de la garde nationale le plus proche du lieu de travail de la victime.
- à l'inspection du travail territorialement compétente.

Fait à …… le ……
Signature et cachet de l'entreprise

AT 003