Briefkopf Direktion einfügen

|  |  |
| --- | --- |
|  | ‘Récepteur/ice |
| Personne de contact: Personne de contact | Sélectionner la date |

Attestation d’incapacité de travail et examen d’une éventuelle capacité de travail partielle

Messieurs, Madame

En sa qualité d’employeur, le canton de Berne s’implique fortement pour aider ses collaborateurs et collaboratrices absents pour cause de maladie ou d’accident à réintégrer le processus de travail. Cet engagement vise à trouver des solutions pérennes et à éviter, dans toute la mesure du possible, une incapacité de travail totale ou de longue durée. Il montre aussi toute l’estime que nous portons aux collaborateurs et collaboratrices.

Aussi nous adressons-nous à vous, avec l’accord de Prénom et nom de l'agent/e, pour vous prier de nous indiquer dans quelle mesure son état de santé l’autorise le cas échéant à reprendre d’ores et déjà certaines activités spécifiques.

Le certificat médical détaillé ci-joint vous permet de fournir des indications nuancées sur une éventuelle capacité de travail partielle. Le certificat médical détaillé ci-joint vous permet de fournir des indications nuancées sur une éventuelle capacité de travail résiduelle. La capacité de présence et de performance dont vous attesterez nous servira de base pour mettre en place le cas échéant des mesures de réintégration. Nous joignons en outre une description de la fonction/du poste de travail de Prénom et nom de l'agent/e qui vous aidera dans votre évaluation.

Nous sommes volontiers disposés à vous verser, pour le travail supplémentaire ainsi occasionné, une indemnisation de 100 francs que vous pourrez facturer à la personne de contact indiquée ci-dessous.

Nous nous efforcerons ensuite, en nous appuyant sur vos indications et avec le concours de Prénom et nom de l'agent/e ainsi que de son sa supérieur e hiérarchie, de mettre en place le cas échéant une réintégration anticipée. Veuillez nous informer d’une réévaluation de la situation.

N’hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions sur les documents ou sur la procédure ultérieure.

Nous vous remercions de votre contribution et vous adressons, Mesdames, Messieurs, nos salutations les meilleures.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Unité administrative  Prénom et nom  Ressources Humaines | Pour accord:  Prénom et nom de l'agent/e  Sélectionner la date |

Annexe

Formulaire Certificat médical détaillé

Déscription de poste