

ATTESTATION EMPLOYEUR ACCORD MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE

Nom de l'entreprise : _____

Adresse du siège social : _____

Numéro SIRET : _____

Données du Salarié :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Poste occupé : _____

Informations sur l'Accord Mi-Temps Thérapeutique :

Date de début de l'accord : _____

Durée prévue de l'accord : _____

Temps de travail adapté : _____

Jours et horaires de travail aménagés (préciser) : _____

Motifs et justification médicale :

Conformément aux prescriptions médicales, l'aménagement de mi-temps thérapeutique est mis en place pour permettre la poursuite de l'activité professionnelle tout en respectant l'état de santé du salarié. Cet aménagement est établi suite à un avis médical favorable et en accord avec la réglementation en vigueur.

Engagements de l'Employeur :

L'employeur s'engage à respecter l'aménagement du temps de travail indiqué ci-dessus, ainsi qu'à assurer la non-discrimination du salarié dans son parcours professionnel. Les conditions de travail seront adaptées pour favoriser la santé et la sécurité du salarié.

Droits et Obligations du Salarié :

Le salarié s'engage à respecter les horaires aménagés et à informer l'employeur de tout changement dans son état de santé susceptible d'affecter l'accord. Il bénéficie des droits liés à son contrat de travail, adaptés au temps partiel thérapeutique.

Clause de Confidentialité :

Les informations médicales communiquées restent strictement confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de la gestion de l'accord de mi-temps thérapeutique.

Durée et Renouvellement :

La présente attestation est valable pour la durée indiquée. Tout renouvellement ou modification devra faire l'objet d'un nouvel accord formalisé par écrit.

Litiges et Règlement :

En cas de litige relatif à l'application du présent accord, les parties s'efforceront de trouver une solution amiable. A défaut, les tribunaux compétents seront ceux désignés par la loi française.

Fait à : _____

Le : _____

EMPLACEMENT DE L'EMPLOYEUR

EMPLACEMENT DU SALARIÉ

Signature et cachet : _____

Signature : _____

Source originale de ce document :

<https://jurid-entreprise.com/modele-attestation-employeur-accord-mi-temps-therapeutique/>

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://jurid-entreprise.com>

Voir plus de modèle

Ce modèle est destiné exclusivement à un usage personnel et non commercial.

Toute diffusion ou publication doit obligatoirement citer la source.

Ce modèle est fourni à titre purement indicatif et ne constitue pas un conseil juridique.
Il est recommandé de consulter un professionnel qualifié pour des situations spécifiques.