

# ANNEXE 4

**Direction des Ressources Humaines**

Luxembourg, le

MANDAT DE CONTRÔLE

Le mandant, M./Mme…………………………………………………………….(*Nom et titre*) en sa capacité d’Autorité investie du pouvoir de nomination (AIPN) et d’Autorité habilitée à conclure les contrats d’engagement, conformément aux décisions n° 10-2016 et 11-2016 portant délégation et subdélégation de pouvoirs d’A.I.P.N. et d’Autorité habilitée à conclure les contrats d’engagement,

donne mandat au mandataire, Dr………………………………………………………………………………………… *(Nom et adresse du médecin*), en sa qualité de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| médecin généraliste/médecin du travail | Psychiatre | Spécialiste en orthopédie |

conformément à l’article 59, paragraphe 1er du statut des fonctionnaires, ainsi que les articles 16 et 91 du régime applicable aux autres agents de l’Union européenne, d’effectuer le contrôle médical du fonctionnaire / de l’agent suivant :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM DU FONCTIONNAIRE/DE L’AGENT CONTRÔLÉ**: | |  | |
| **NUMERO DE PERSONNEL** **DU FONCTIONNAIRE/DE L’AGENT CONTRÔLÉ**: | |  | |
| **ADRESSE** **DU FONCTIONNAIRE/DE L’AGENT CONTRÔLÉ**: (domicile ou lieu actuel de résidence)  Ou autre adresse si le contrôle ne peut avoir lieu chez le fonctionnaire ou l’agent | |  | |
| **TELEPHONE** **DU FONCTIONNAIRE/DE L’AGENT CONTRÔLÉ**: | |  | |
| **MALADIE AVEC CERTIFICAT** | OUI | PERIODE: du……………………………au……………………………… | |
| AVEC AUTORISATION DE SORTIE | SANS AUTORISATION DE SORTIE |
| NON | Depuis le ……………………………………….. | |
| **DELAI DU CONTRÔLE** | |  | |
| **MONTANT DE RÉMUNERATION** | |  | |

L’exécution du contrôle par le médecin vaut acceptation du mandat par le médecin. Dans ce cas-là, le mandat dument signé et daté doit être retourné à la Cour au plus vite et au plus tard avec le rapport de contrôle.

Le présent mandat doit être présenté par le mandataire à l’agent ou au fonctionnaire concerné par le contrôle médical.

Si l’agent ou le fonctionnaire concerné refuse le contrôle, le médecin expliquera à celui-ci, dans la mesure du possible, les conséquences de son refus, à savoir, qu’en vertu de l’article 59, paragraphe 1er

du Statut, “Si ce contrôle ne peut avoir lieu pour des raisons imputables à l'intéressé, son absence est considérée comme injustifiée à compter du jour où le contrôle était prévu.”

|  |  |
| --- | --- |
| M./Mme…………..  Le mandant | Dr (*Nom et adresse du médecin)*  Le mandataire |
|  |  |
| Date | Date |