**ATTESTATION**

**REQUALIFICATION DU CONGE DE LONGUE MALADIE**

**EN**

**CONGE DE LONGUE DUREE**

Je soussigné(e) (*nom prénom)*………………………… exerçant en qualité de (*grade)*…………………. à *(collectivité)*………………

Atteste avoir pris connaissance de mes droits par ma collectivité et

□ demande  la requalification de mon congé de longue maladie en congé de longue durée

□ ne demande pas la requalification de mon congé de longue maladie en congé de longue durée et souhaite être maintenu(e) en congé de longue maladie.

 Fait à …………………

 Le …………………….

 *Signature*