

Acceptation du taux d'invalidité permanente partielle après révision

Je soussigné(e), M _____ déclare accepter le taux d'IPP de ____ % tel que retenu à l'issue de la ou des expertises réalisées dans le cadre de la révision de mon allocation.

Ce document est établi pour valoir ce que de droit.

A _____, le ____ / ____ / ____

(Signature de l'agent)