**ARRÊTÉ PLACANT M……………**

**EN TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

***(Stagiaires / titulaires CNRACL)***

***Les mentions en italiques constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

Le Maire *(ou Le président)* de .................................................,

Vu le code général de la fonction publique, art. L115-1 à L115-6 et L823-1 à L823-6,

Vu le décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial,

Vu le décret n° 86-442 du 14 mars 1986, relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d’aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires, art. 23-1 à 23-14,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié, relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, art. 13-1 à 13-13,

Vu le décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021, relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique territoriale,

*(À mentionner si l’agent est à temps non complet >= 28 heures)*Vu le décret n° 91-298 du 20.03.91 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

*(A mentionner si l’agent est stagiaire)* Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

Vula demande écrite de M…… sollicitant une reprise à temps partiel thérapeutique,

Vu le certificat médical du …………….…., *(obligatoire)* précisant la quotité de temps de travail (50, 60, 70, 80 ou 90%), la durée et les modalités d'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique prescrites,

Vul’avis du médecin agréé en date du *………, (avis obligatoire pour toute prolongation* ***au-delà de 3 mois****),*

*(A mentionner pour une seconde période, si les avis du médecin traitant et du médecin agréé divergent)* Vu l’avis du conseil médical *(formation restreinte*) en date du …….,

Vu l’information faite auprès du médecin de Prévention en date du ……..

***ARRETE***

**ARTICLE 1 :**

A compter du ……… M ............... est autorisé(e) à effectuer ses fonctions à temps partiel thérapeutique pour une durée de ……… (3 mois maximum)

**ARTICLE 2 :**

Pendant cette période, M…………… effectuera son service à.............% et percevra l’intégralité de son traitement afférent au ......échelon de son grade, indice brut ......., indice majoré ……ainsi que l’intégralité de l’indemnité de résidence et du supplément familial. Le montant des primes et indemnités est calculé au prorata de la durée effective du service.

**Article 3 :**

Le présent arrêté sera :

* Notifié à l'intéressé,
* Transmis au comptable de la collectivité,

Fait à .............................., le ......................

Le Maire (ou le Président)

Notifié à l’agent le : ... *(date et signature)*

Le Maire *(ou le Président)*,

* certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,
* informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de 2 mois à compter de la présente notification.

Le Tribunal Administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié le .....................................

Signature de l’agent :