**ARRETE DE REPRISE (*OU PROLONGEANT)* DES FONCTIONS**

**A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE**

**De Monsieur *(ou Madame) …, (Grade) …***

*(Fonctionnaire affilié au régime général et à l’IRCANTEC)*

***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 et notamment les articles L115-1 à L115-6 ;

Vu le code de la sécurité sociale, art. L323-3 et R323-1 à R323-12 ;

# Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, art. 13-2 ; 13-7 à 13-11 ;

Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet, art. 34-1 ;

***En cas de prolongation****: Vu l’arrêté en date du … autorisant Monsieur (ou Madame)... à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, à raison de…% pour une durée de...*

Vu la demande d’autorisation *(ou d’autorisation de prolongation)* de travail à temps partiel thérapeutique présenté(e) par Monsieur *(ou Madame)*... accompagnée d’un certificat médical établi par le médecin traitant pour une durée de … et une quotité de …,

Vu l’avis favorable concordant du Docteur … médecin conseil de la CPAM,

Vu la situation administrative de l'agent qui est actuellement au ...ème échelon de son grade de... depuis le...

Considérant que l'état de santé de Monsieur *(ou Madame)*... nécessite l’exercice de son d'activité à temps partiel pour raison thérapeutique pour une quotité de ... % de sa durée normale de service.

**ARRÊTE**

**Article 1 :** A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)*... est autorisé à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, à raison de…% de la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein *(une quotité comprise entre 50 et 99% peut être accordée, sans que ce temps partiel soit inférieur au mi-temps)* pour une durée de... soit jusqu'au...

***Ou***

A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)* ... est autorisé*(e)* à prolonger l'exercice de ses fonctions à temps partiel thérapeutique, à raison de…% la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein*)* pour une durée de ... soit jusqu'au ...

**Article 2 :** Le temps de travail est organisé de la façon suivante : ... *(Préciser les périodes travaillées et non travaillées selon le cas, sur la journée, la semaine)*.

Pendant cette période, l’agent percevra sa rémunération calculée au **prorata** de la durée de travail effectuée et percevra les indemnités journalières servies par la Sécurité Sociale.

***Le cas échéant :*** Il *(ou elle)* percevrases primes et indemnités calculées au prorata de sa durée de service soit à raison de ...% du temps partiel thérapeutique accordé *(sauf si un maintien du régime indemnitaire a été prévu par délibération)*.

**Article 3 :** Les périodes de temps partiel thérapeutique sont considérées comme du temps plein pour la détermination des droits à l’avancement d’échelon et de grade, pour la constitution et la liquidation des droits à pension de retraite et pour l’ouverture des droits à nouveau congé de maladie.

*(****Rappel :*** *pour les fonctionnaires stagiaires, la durée du stage est prolongée afin de correspondre à la période de stage effectuée par les agents à temps plein)*

**Article 4 :** La présente période de temps partiel est renouvelable après nouvelle demande et saisine du médecin conseil de la sécurité sociale dans la limite totale d’un an.

Dans le cas contraire, l'agent sera réintégré à temps plein à l'issue de la période.

**Article 5 :** Le Directeur Général des Services *(ou la secrétaire de mairie, le Directeur…)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à Monsieur *(ou Madame)*...

**Article 6 :** Le présent arrêté sera :

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

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

 Le Maire (ou le Président)

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 à l’agent le .....................................

Signature de l’agent :