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

**A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE**

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

***(Fonctionnaire affilié 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 de la sécurité sociale notamment son article L323-3,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

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,

Vu l'arrêté en date du... plaçant Monsieur *(ou Madame)*... en position de congé de... *(type de congé : Maladie ordinaire, grave maladie, accident du travail, ou maladie professionnelle)*,

***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 une reprise d'activité partielle à raison de ... % de sa durée normale de service.

**ARRÊTE**

**Article 1 :** A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)*... est réintégré*(e)* dans ses fonctions à la suite d'un congé de... *(Type de congé : maladie ordinaire, grave maladie, accident du travail, ou maladie professionnelle)* et est autorisé*(e)* 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 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 deux mois, à compter de la présente notification.

**Article 7**:Ampliation du présent arrêté sera transmise au Comptable de la collectivité, au Président du Centre de Gestion.

Notifié à l'agent le : Fait à ..., le ...

(date et signature) Le Maire *(ou le président)*,