**ARRÊTÉ DE MISE EN CONGÉ POUR INVALIDITE IMPUTABLE AU SERVICE**

**(Fonctionnaires à temps non complet affiliés au régime général et à l’IRCANTEC)**

**DE M. ou Mme**  ...................................................................................

**Grade :** ........................................................................................

**Durée hebdomadaire de service : …………………**

Le Maire (ou le Président) de .....................................,

Vu le code général de la fonction publique et notamment les articles L115-1 à L115-6 et L822-27 à L822-30 ;

**Vu le code de la sécurité sociale ;**

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié, relatif à l’organisation de comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, art. 14 et 15 ;

Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet, art. 37 ;

Vu le certificat médical en date du ................................. constatant l'accident de travail survenu le ...........................ou la maladie professionnelle constatée le…………………….,

Considérant que l’accident (ou la maladie professionnelle) a été reconnu(e) imputable au service par le médecin-conseil de la sécurité sociale,

**ARRÊTE**

**Article 1 :** M. ou Mme ................., (Nom et prénom), (Stagiaire ou titulaire), dans le grade de ou l'emploi de ............................................ est placé(e) en congé pour invalidité imputable au service, à compter du................., ou du ……… au ……………….

**Article 2 :** Pendant la durée du congé, M. ou Mme ........................................................... conservera l'intégralité de son traitement.

*(****Rappel :*** *La subrogation est facultative et n’est possible que si le salaire maintenu est au moins égal au montant des indemnités journalières. Cependant, si la subrogation est pratiquée et si les indemnités journalières versées par la CPAM à la collectivité sont supérieures au traitement servi, la différence sera reversée à l’agent).*

Article 2 : 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 3 :** 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 :