ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**DE REINTEGRATION A TEMPS PLEIN**

**APRES TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

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

**Mention en jaune : à enlever ou à modifier en fonction de la situation**

Le Maire *(ou le Président)* de ………………,

**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, notamment le 4° bis de l'article 57,

**VU** le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi susvisée du 26 janvier 1984 et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

**VU** le décret n° 2004-777 du 29 juillet 2004 relatif à la mise en œuvre du temps partiel dans la fonction publique territoriale

**VU** (le cas échéant) le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicable aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

**VU** l’arrêté en date du …………… accordant l'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique de M/Mme ……………, pendant une durée de ……………

**VU** l’arrêté en date du …………… prolongeant l'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique de M/Mme ...…………, jusqu’au ……………

**VU** l’avis du Comité Médical *(ou de la Commission de Réforme)* en date du ……………, autorisant la réintégration à temps plein de *Madame (Monsieur)* …, à compter du …

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

**ARRÊTE**

**Article 1er** : A compter du ……………, M/Mme ……………, né(e) le ……………, (grade)……………,est autorisé*(e)* à reprendre ses fonctions à temps plein sur un temps d’emploi hebdomadaire de ……………/35.

**Article 2ème :** Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Receveur Municipal, M. le Président du Centre de Gestion, et notifiée à l’agent.

**Article 3ème** : Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Limoges dans un délai de deux mois à compter de sa transmission et de sa publication

Fait à le

Le Maire *(ou le Président)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le Maire *(ou le Président)*,  - Certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire du présent arrêté  Le . . / . . / |  | Reçu notification du présent arrêté l  le . . / . . /  *Signature de l’agent,* |