ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**DE MISE EN CONGE DE GRAVE MALADIE**

(Fonctionnaire à temps non complet – non affilié à la C.N.R.A.C.L.)

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

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

**VU** la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée 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°87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l’application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et relatif à l’organisation de comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

**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,

**VU** la situation de M/Mme…………………………………………en arrêt de travail pour raison de santé depuis le …………………………,

**VU** l’avis du comité médical départemental en date du …………………se prononçant pour la mise en congé de grave maladie de M/Mme……………………………………pour une période de………………du ………. au ………………… inclus,

**Considérant** que M/Mme ……………… n’a pas bénéficié d’un congé de grave maladie au cours des douze derniers mois,

**ARRETE**

**Article 1er** : A compter du ……………………M/Mme ………………………………………………...

né(e) le ……………………………… grade ………………………………………..est admis(e) au bénéfice du congé de grave maladie pour une période de …………… allant jusqu’au……………………..inclus rémunérée comme suit :

du …………………………………. au ………………………..à plein ou demi-traitement.

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

**Article 3ème :** Le présent arrêté peut fait 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,* |