ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**ACCEPTANT LE RENOUVELLEMENT A L'EXERCICE DES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE**

***(Agent relevant de la CNRACL)***

***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

***Le cas échéant si fonctionnaire à temps non complet ≥ 28 h :*** *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 M/Mme ………….... en position de congé de…………... *(Type de congé : maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, accident de service, ou maladie professionnelle)*,

**VU** l’arrêté en date du …………… autorisant M/Mme……………... à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, à raison de……………% pour une durée de...............,

**VU** la demande de renouvellement de travail à temps partiel thérapeutique présenté(e) par M/Mme …………...... accompagnée d’un certificat médical établi par le médecin traitant pour une durée de ………………et une quotité de ………………,

**VU** l’avis favorable concordant *(ou défavorable)* du médecin agréé,

***Le cas échéant, en cas de reprise après un congé de maladie ordinaire de plus de douze mois consécutifs, d’une période de congé de longue maladie ou de longue durée qui nécessite l’avis favorable du comité médical :***

***VU*** *l’avis favorable en date du …………… rendu par le Comité médical se prononçant pour la reprise de fonction de M/Mme …………...* ***(et, en cas d’avis discordants entre médecins sur le temps partiel thérapeutique)*** *à temps partiel thérapeutique à raison de …………… % à compter du …………… et pour une durée de………… …*

***(Ou, dans le cas d’un autre congé maladie (par exemple reprise après un CMO de moins de 12 mois……………) qui ne nécessite pas l’avis favorable du comité médical pour reprendre les fonctions mais que les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants)***

***VU*** *l’avis du Comité médical (ou de la Commission de réforme dans le cas d’un accident de service) du …………… se prononçant sur la reprise à temps partiel thérapeutique à raison de …………… % de*

*M/Mme…………... à compter du …………… et pour une durée de ……………*

**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 M/Mme…………... nécessite une reprise d'activité partielle à raison de ............... % de sa durée normale de service.

**ARRÊTE**

**Article 1er :** A compter du …………..., M/Mme *…………*... 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 *(la quotité peut varier à l’occasion du renouvellement de l’autorisation)* pour une durée de …………... soit jusqu'au ................

**Article 2ème :** 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)*.

Durant cette période, M//Mme…………... percevra l'intégralité du traitement afférent au …………... échelon du grade ............... Indice Brut …………..., Indice Majoré …………..., ainsi que l’intégralité de l'indemnité de résidence et du supplément familial de traitement.

***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 3ème :** 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 4ème :** La présente période de temps partiel thérapeutique fixée à …………… *(durée en mois)* est renouvelable, dans la limite d'un an pour une même affection, selon la même procédure que la demande initiale.

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

**Article 5ème :** Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Receveur Municipal, M. le Président du Centre de Gestion, et notifiée à l’agent.

**Article 6ème** : 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,* |