ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**ACCORDANT L'EXERCICE DES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE**

***(Agent relevant de 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.***

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

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

**VU** le code de la sécurité sociale et ses dispositions concernant l'assurance maladie (notamment les articles L.313-1, L.323-3 et R.323-3),

**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°91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

**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 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** l'arrêté en date du…………... plaçant M/Mme …………... en position de congé de...............*(type de congé : Maladie ordinaire, grave maladie, accident du travail, ou maladie professionnelle)*,

**VU** la demande d’autorisation 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 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 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 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……………...

**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)*.

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 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 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 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,* |