**Arrêté de reconnaissance d’imputabilité au service et de placement en congé pour invalidité temporaire imputable au service (C.I.T.I.S.) (le cas échéant)**

MODÈLE

À ADAPTER

*Agents CNRACL*

*(Accidents et maladies déclarées à compter du 13/04/2019)*

Le Maire / Le Président,

* Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires et notamment son article 21 bis,
* Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et notamment son article 57,
* 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, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l’organisation des comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et notamment son titre IV bis,
* Vu le décret n° 2019-301 du 10 avril 2019 relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service dans la fonction publique territoriale,
* *(le cas échéant si agent stagiaire)* Vu le décret de 92-1194du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale
* Vu la déclaration d’accident de service / d’accident de trajet / de maladie professionnelle en date du ../../…. présentée par l’agent (formulaire précisant les circonstances de l’accident / de la maladie transmis dans les 48h, le cas échéant par voie dématérialisée + certificat médical indiquant la nature, le siège des lésions résultant de l’accident / de la maladie et le cas échéant la durée de l’arrêt de travail), reçue par la collectivité le ../../….,
* Vu le certificat médical en date du ../../…. fixant la date de l’accident du travail / de l’accident de trajet / de la maladie professionnelle au ../../…. et prescrivant un arrêt de travail du ../../…. au ../../…. (le cas échéant),
* (Le cas échéant) Vu l’expertise réalisée par le Dr …………… en date du ../../….,
* Ou
* Vu l’avis de la commission départementale de réforme en date du ../../…. ,

ARRETE

Article 1er :

L’accident survenu le../../…. et déclaré le ../../…. ( la maladie déclarée le ../../….) est reconnu (e) imputable au service ;

Article 2 : (le cas échéant)

Mme / M. …………………., …………………… (grade), né(e) le ../../…. Est placé (e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service du ../../…. Au ../../…., soit .. jours.

Article 3 :

(en cas d’arrêt) Pendant la durée de l’arrêt, Mme/M………………… bénéficiera du maintien de son plein traitement (et, le cas échéant, SFT et NBI). Le régime indemnitaire évolue en fonction de la décision prise par la collectivité dans sa délibération relative au RIFSEEP).

(dans tous les cas) Les prestations et soins éventuels, directement liés à l’accident / la maladie, sont à la charge de la collectivité

Une régularisation du traitement est toutefois susceptible d’intervenir en cas de fixation d’une date de consolidation antérieure après avis préalable de la commission départementale de réforme.

Article 4 :

Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé.

Ampliation sera adressée aux :

* Président du centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale de Loir-et-Cher,
* Comptable de la collectivité ou de l’établissement

Fait à : …………………………..

Le : ………………………………..

Le Maire / Le Président

(Nom et prénom de l’autorité territoriale)

Le Maire / Le Président

* Certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte
* Informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours contentieux devant le Tribunal administratif d’Orléans dans un délai de deux mois à compter de sa notification

Notifié le : ……………………….

Signature de l’agent :