**DÉPARTEMENT DU**

**ARRONDISSEMENT DE ………………………**

**COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC TERRITORIAL**

**ARRÊTE INITIAL DE MISE EN CONGE MALADIE ORDINAIRE**

**A PLEIN ou DEMI-TRAITEMENT**

(Agent relevant de l’IRCANTEC)

**M ............. :**

**Grade et fonctions**.................

Durée hebdomadaire................

Le Maire (ou Le Président),

VU le code de la sécurité sociale, et VU le décret du 11 janvier 1960 définissant le régime de protection sociale des fonctionnaires territoriaux,

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 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

VU le décret 91-298 du 20 mars 1991 relatif aux agents occupant des emplois à temps non complet, et relevant du régime général,

VU l'article 35 du décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945 relatif au droit de subrogation des communes d'encaisser aux lieux et places de l'intéressé les indemnités journalières qui lui sont dues par la Caisse d'assurance maladie,

VU le certificat médical – volets 2 & 3 - établi le (date du certificat médical) par le Docteur (Nom et Ville d’exercice) préconisant un arrêt de travail de ....jours à compter du ............., et octroyant une autorisation de sortie ...... (préciser les jours et les heures),

VU le tableau récapitulatif des arrêts de maladie précédents annexé au présent arrêté,

CONSIDERANT que durant la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M………n'a pas bénéficié de congé de maladie ordinaire, ou a bénéficié de …..(jours) de congés de maladie rémunérés à plein ou à demi-traitement,

CONSIDERANT que M........ est soumis au régime général de Sécurité Sociale,

**A R R E T E**

**ARTICLE 1** : A compter du ........et jusqu'au ........, M..........est placé en position de congé de maladie ordinaire.

**ARTICLE 2** : Dans cette position il conservera l’intégralité de son traitement d’activité ou de son traitement réduit de moitié① (*détailler les périodes*).

Une retenue d'1/30ème pour la journée de carence sera appliquée sur le premier jour de l'arrêt, soit le …….

**ARTICLE 3** : M ...... devra respecter les autorisations de sortie qui lui sont applicables et se soumettre aux contrôles médicaux. Il devra avertir l'autorité de toute nouvelle prolongation si possible au moins la veille de la date de reprise initialement prévue et transmettre le certificat médical de prolongation dans un délai maximum de 48 H à compter du 1er jour de la prolongation.

**ARTICLE 4** : Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e).

Ampliation sera adressée au :

- Comptable de la collectivité *(ou de l'établissement).*

*-* Centre de Gestion du Loir-et-Cher

Fait à ………………….., le ……………….,

Le Maire **OU** Le Président

*(porter les prénom et nom de l'autorité territoriale)*

Le Maire **OU** 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,