MODÈLE

À ADAPTER

**DÉPARTEMENT DU**

**ARRONDISSEMENT DE ………………………**

# **COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC TERRITORIAL ……………………………**

**ARRÊTE ACCORDANT ou PROLONGEANT L’EXERCICE DES FONCTIONS**

**A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE**

(Agent relevant de la CNRACL)

 **M .........:**

 **Grade et fonctions**

 Durée hebdomadaire.....:

 Le Maire (ou Le Président),

 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 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude

 physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

 VU l’ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017,

 VU le certificat du médecin traitant en date du …………………,

 VU l’avis du médecin agréé en date du………………….,

**A R R E T E**

**ARTICLE 1** : A compter du ........ M ....... est réintégré dans ses fonctions à la suite d'un congé de ... (*moins de* s*ix mois de congé maladie ordinaire pour une même affection)* et est autorisé 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 100% peut être accordée, sans que ce temps partiel soit inférieur au mi-temps)* pour une durée de ...... (🞉*Maladie : période de* ***3 mois****, renouvelable dans la limite d’un an pour une même affection,* soit jusqu'au .........

***OU***

A compter du ........ M ....... est autorisé 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, sur avis du comité médical ou de la commission de réforme)* pour une durée de ... *(cf. 🞉 ci-dessus)* soit jusqu'au .........

**ARTICLE 2** : Durant cette période M ....... percevra l'intégralité de sa rémunération et du supplément familial de traitement *(et le cas échéant, l’intégralité de l’indemnité de résidence, ainsi que les primes et indemnités afférentes à son emploi calculées au prorata de sa durée effective de service).*

**ARTICLE 3** : 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.

**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,