En-tête collectivité ou établissement public

ARRETE n°

Portant placement en congé de grave maladie ou renouvellement du congé de grave maladie

M ………………….

 Grade ………………………

Le Maire/Président de…………………………….,

Vu le Code Général de la Fonction Publique,

*(Pour les agents non titulaires)*

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la Fonction Publique Territoriale,

*(Pour les agents titulaires à temps non complet)*

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

*(Si agent stagiaire)* Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 modifié, fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la Fonction Publique Territoriale,

Vu la demande présentée par M………………………………………… appuyée d'un certificat médical ;

(Le cas échéant) Vu l’avis du Dr…………………….., médecin agréé en date du…………………………

(Le cas échéant) Vu l’avis favorable du Conseil Médical – formation restreinte en date du…………………………

**Arrête**

Article 1er : M …………………… est placé ou renouvelé en congé de grave maladie du ……………………… au……………………………

Article 2 : M……………………… conserve l’intégralité de son traitement (ou la moitié) pendant la période d’arrêt de travail soit jusqu’au…………………

Le supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence lui seront versés intégralement *(le cas échéant)*.

Article 3 : Le présent arrêté sera transmis :

- au comptable de la collectivité,

- au président du centre de gestion,

Et notifié à l’intéressé(e).

Fait à ………………. Le………………

Signature du Maire/Président

*(Prénom, nom, signature)*

Le Président/Maire certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte, informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif d’Orléans dans un délai de 2 mois à compter de la présente notification.

Notifié le………………………… Signature de l’agent