En-tête collectivité ou établissement public

ARRETE n°

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

M ………………….

Grade ………………………

***(Pour les fonctionnaires relevant de la CNRACL)***

Le Maire *(ou le Président)* de ...

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le code de la Sécurité Sociale, et Vu le décret n°60-58 du 11 janvier 1960 définissant le régime de protection sociale des fonctionnaires territoriaux,

Vu l’article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 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,

Vu le certificat médical établi par le Docteur . ., préconisant un arrêt de travail de ... jours à compter du ...,

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

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

Considérant que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, Monsieur *(ou Madame)* ... n’a pas bénéficié de congé de maladie *ou a bénéficié de … (jours) de congés de maladie rémunérés à plein traitement ou à demi-traitement dont … jour(s) de carence*,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

À compter du ..., Monsieur *(ou Madame)* ..., né*(e)* le …, *(grade)* …, est placé*(e)* en congé de maladie ordinaire ou renouvelé en congé de maladie ordinaire pour une période allant jusqu'au ... inclus et rémunérée comme suit :

* Le 1er jour d’arrêt, soit le … : sans traitement *(ni IR, ni NBI, ni primes)*, le SFT est néanmoins maintenu dans sa totalité,
* Du … au …. : soit … jours à plein traitement,
* ***Le cas échéant :*** *du … au … : soit … jours à demi traitement(ou les 2/3 de son traitement si l'agent a 3 enfants et plus à charge et totalise plus de 30 jours d’arrêt de travail consécutifs).*

***Ou en cas de prolongation de l’arrêt initial ; ou en cas de reprise inférieure à 48h*** ***entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause ; ou en cas de nouvel arrêt accordé postérieurement à un premier congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée :***

*À compter du …, Monsieur (ou Madame)..., né(e) le …, (grade) … est placé(e) (ou maintenu(e)) en congé de maladie ordinaire pour une période allant jusqu'au ... inclus, sans application d’un nouveau de jour de carence, et rémunérée comme suit :*

* Du … au …. : soit … jours à plein traitement afférent à l’indice brut …, l’indice majoré ….,
* *Le cas échéant : du … au … : soit … jours à demi traitement (ou les 2/3 de son traitement si l'agent a 3 enfants et plus à charge et totalise plus de 30 jours d’arrêt de travail consécutifs)* *afférent à l’indice brut …, l’indice majoré ….*

**Article 2 :**

Monsieur *(ou Madame)*... devra se soumettre aux contrôles médicaux.

Il *(ou elle)* 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 3 :**

Le Directeur Général des Services *(ou la secrétaire de mairie, le Directeur…)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à Monsieur *(ou Madame)*...

**Article 5**:

Ampliation du présent arrêté sera transmise au Président du Centre de Gestion et au Receveur de la collectivité.

Fait à ..., le ...

Le Maire *(ou le Président)*,

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,