

(fonctionnaires affiliés à l'IRCANTEC)

**ARRETE DE MISE EN CONGE DE GRAVE MALADIE
(PLEIN OU DEMI-TRAITEMENT)**

DE M _____, (GRADE) _____

Le Maire (ou Le Président) de _____,

- Vu le code général des collectivités territoriales ;
- Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, 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 ;
- 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 le décret n° 91-298 du 20 Mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet ;
- Vu l'avis du Comité Médical en date du _____, se prononçant pour la mise en congé de grave maladie de M _____, pour une période de _____ ;
- Considérant que M _____ n'a pas bénéficié d'un congé de grave maladie au cours des douze derniers mois ;

OU

- Considérant que M _____ a déjà bénéficié d'un congé de grave maladie du _____ au _____, rémunéré à _____ (*plein ou demi-traitement*) ;

ARRETE

ARTICLE 1 : M _____ est placé(e) en congé de grave maladie à _____ (*plein ou demi-traitement*), à compter du _____, pour une période de _____.

OU

M _____ est maintenu(e) en congé de grave maladie à _____ (*plein ou demi-traitement*), à compter du _____, pour une période de _____.

ARTICLE 2 : M _____, perçoit _____ (*l'intégralité ou la moitié*) du traitement afférent à l'Indice Brut _____, Indice Majoré _____, sur la base de _____ heures hebdomadaires pendant la période d'arrêt de travail du _____ au _____ (*l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement restent versés au prorata de la durée hebdomadaire de service*).

ARTICLE 3 : Le Directeur Général des services est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :
- Notifié à l'intéressé(e).

Ampliation du présent arrêté sera adressée à :

- Monsieur le Président du Centre de Gestion,
- Monsieur le Comptable de la Collectivité.

Fait à _____ le _____,

Le Maire (ou Le Président),

Nom :

Prénom :

Signature :

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 pour excès de pouvoir devant le
Tribunal Administratif dans un délai de deux mois
à compter de la présente notification.

Notifié le

Signature de l'agent :

N.B : Durée du congé de grave maladie :

- trois ans maximum accordés par périodes de trois à six mois,
- un autre congé de grave maladie peut être accordé après reprise des fonctions pendant au moins un an.

Rémunération :

- un an à plein traitement,
- deux ans à demi-traitement.