**ARRETE DE SUSPENSION – Modèle contractuel**

**(Agent soumis à l’obligation vaccinale)**

Madame/Monsieur …………, Maire/Président/Directeur de (Nom et adresse de la collectivité territoriale ou de l’établissement employeur),

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 la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et notamment son chapitre 2 (articles 12, 13 et 14),

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,

Vu le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire,

Vu le contrat de travail conclu en date du …actant le recrutement de Mme/M. …,

Considérant que Mme/M. … est soumis à l’obligation vaccinale, compte tenu du service/ établissement au sein duquel il exerce ses missions de …,

Considérant le contrôle de la dite obligation effectué, le ….., par Mme/M. … dûment habilité par l’autorité territoriale en date du …,

Considérant que lors de ce contrôle Mme/M. … n’a pas produit les justificatifs requis, et qu’il/ qu’elle ne peut, dès lors, se prévaloir de l’obligation vaccinale l’autorisant à exercer ses fonctions,

Considérant que Mme/M. … a été informé(e) qu’en raison de l’irrégularité de sa situation, et s’il/ si elle ne choisit pas d’utiliser, avec l’accord de l’autorité territoriale, des jours de congés ou de RTT, il/elle est susceptible d’être suspendu(e) de ses fonctions,

Considérant que Mme/M. … a été informé(e) des conséquences qu’emporte une suspension de ses fonctions ainsi que des moyens permettant de régulariser sa situation,

**A R R E T E**

**ARTICLE 1** :

*(À compter du 7 août 2021 et jusqu’au 14 septembre 2021 inclus)* Mme/M. ………..………... (nom, prénom), ………………… (fonctions exercées) est suspendu(e) de ses fonctions à compter du …/…/… jusqu’à production par l’intéressé(e) d’un certificat vaccinal complet, ou, à défaut, d’un certificat de rétablissement à la suite d’une contamination par la Covid-19, ou à défaut, du justificatif de l’administration des doses de vaccins requises ou du résultat négatif d'un examen de dépistage virologique répondant aux conditions définies par le décret n°2021-699 du 1er juin 2021 ou d’un certificat médical de contre-indication à la vaccination répondant aux conditions définies par le décret n°2021-699 du 1er juin 2021.

*(À compter du 14 septembre 2021 et jusqu’au 15 octobre inclus 2021)* Mme/M. ………..………... *(nom, prénom),* ………………… *(fonctions exercées)* est suspendu(e) de ses fonctions à compter du …/…/… jusqu’à production par l’intéressé(e) d’un certificat vaccinal complet ou, à défaut, d’un certificat de rétablissement à la suite d’une contamination par la Covid-19, ou du justificatif de l’administration des doses de vaccins requises ou d’un justificatif de l’administration d’au moins une des doses requises de vaccin accompagné du résultat d’un test de dépistage virologique négatif répondant aux conditions définies par le décret n°2021-699 du 1er juin 2021 ou d’un certificat médical de contre-indication à la vaccination répondant aux conditions définies par le décret n°2021-699 du 1er juin 2021.

*(À compter du 16 octobre 2021)* Mme/M. ………..………... *(nom, prénom),* ………………… *(fonctions exercées)* est suspendu(e) de ses fonctions à compter du …/…/… jusqu’à production par l’intéressé(e) d’un certificat vaccinal complet ou, à défaut, d’un certificat de rétablissement à la suite d’une contamination par la Covid-19, ou du justificatif de l’administration des doses de vaccins requises répondant aux conditions définies par le décret n°2021-699 du 1er juin 2021 ou d’un certificat médical de contre-indication à la vaccination répondant aux conditions définies par le décret n°2021-699 du 1er juin 2021.

**ARTICLE 2** : Durant la période de suspension, l’intéressé(e) ne perçoit pas de rémunération. La rémunération comprend le traitement indiciaire et ses accessoires (indemnité de résidence et supplément familial de traitement) ainsi que les primes et indemnités de toute nature.

La période de suspension implique l’absence de prélèvement des cotisations, notamment les cotisations pour pension. La période de suspension ne peut dès lors être prise en compte pour la constitution des droits à pension.

En cas de rétablissement de l’agent dans ses fonctions, aucun rappel de rémunération ne sera effectué pour la période correspondant à la durée de la suspension.

~~La suspension de l’intéressé(e) prend fin le 15 novembre 2021 au plus tard, échéance fixée par le législateur.~~

**ARTICLE 3** : La suspension dure tant que l’agent ne remplit pas les conditions nécessaires à l’exercice de son activité. Elle sera effective tant que l’agent ne justifie pas de la satisfaction à l’obligation vaccinale.

**ARTICLE 4** : La période de suspension est considérée comme une période d’activité. L’agent continue de bénéficier des droits reconnus par son statut, notamment des droits à congé maladie.

Cette période n’entre pas en compte pour l’ouverture des droits aux congés soumis à une condition d’ancienneté.

La suspension n’a pas pour effet de rendre l’emploi vacant.

La période de suspension ne génère pas de droit à congés annuels, à défaut d’exercice effectif des fonctions.

**ARTICLE 5** : Pendant toute la durée de la suspension, Mme/M. ………..………... *(Nom, Prénom)* continue de bénéficier des garanties de protection sociale complémentaire et des avantages sociaux en vigueur dans la collectivité/l’établissement.

**ARTICLE 6** : La méconnaissance de l’interdiction d’exercice des fonctions, en raison de l’absence de présentation de l’un des justificatifs précités, est sanctionnée d’une contravention de 4ème classe, soit jusqu’à 750 € d’amende.

**ARTICLE 7** : Madame/Monsieur le Maire, OU Madame/Monsieur le Président, -- Madame/ Monsieur le directeur général des services du Centre de Gestion de…………….. sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l’exécution du présent arrêté.

**ARTICLE 8 :** Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir, devant le tribunal administratif (à compléter) dans un délai de deux mois à compter de sa notification, par courrier ou via l’application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

**ARTICLE 9** : Une copie du présent arrêté sera adressée à

* Madame/Monsieur le Préfet,
* Madame/Monsieur le Receveur,
* Madame/ Monsieur le Président du Centre de Gestion (à compléter)
* L’intéressé(e)

Fait à ……………, le ……………

Le Maire *(ou le Président)*

Nom :

Prénom :

Signature :

)

**Notifié le …..**

**Signature de l’agent …**