|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant attribution d’une allocation d’invalidité temporaire (AIT)**  **(Agents CNRACL)**  **Epuisement des droits CMO + 2 ans de disponibilité d’office pour maladie**  M …………………………………………………………………………………………….  Grade ……………………………………………………………………………………… |

Le Maire (ou le Président) de .................................................,

Vu le Code Général des collectivités territoriales,

Vu le Code Général de la Fonction Publique,

Vu le décret N° 60-58 du 11 janvier 1960, relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n’ayant pas le caractère industriel et commercial ;

Vu le décret N° 86-68 du 13 janvier 1986, relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux ;

*(le cas échéant) 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 ;*

Vu mon arrêté en date du ……………………… plaçant M ………………………… (grade, emploi) en disponibilité d’office pour inaptitude physique temporaire du ………………………… au ………………………… ;

Vu la demande de reconnaissance de l’état d’invalidité temporaire formulée par M………………………… (nom, prénom, grade, emploi), en date du ………………………… et transmise à la caisse primaire d’assurance maladie de la Charente ;

Vu l’avis de la caisse primaire d’assurance maladie en date du …………………………, classant M………………………… dans le (1er, 2ème ou 3ème) groupe,

Considérant que M………………………… est donc atteint(e) d’une invalidité réduisant d’au moins deux tiers sa capacité de travail ;

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :** Il est attribué à M……………………………………… (grade, emploi), fonctionnaire titulaire, une allocation d’invalidité temporaire relevant du ………………………… (1er, 2ème ou 3ème) groupe pour la période du ………………………… au ………………………….

**ARTICLE 2 :** Pendant cette période, M……………………………………… percevra une allocation égale à (30% ou 50%) de son dernier TIB + NBI + RI[[1]](#endnote-1) et la totalité du SFT.

**ARTICLE 3 :** Le Secrétaire Général (*ou le Directeur Général des Services*) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation du présent arrêté sera adressée au :

- au Président du Centre de Gestion de la Charente

- au Comptable de la collectivité

- au Directeur de la CPAM dont relève l’agent

Fait à………………………,

le……………………………

Prénom, Nom et qualité du signataire

|  |
| --- |
| 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 de POITIERS (86) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.  Ce recours peut être déposé sur l’application informatique « Télérecours citoyens », accessible par le site : [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)  Notifié le ……………………………..  Signature de l’agent : |

1. A l’exclusion des indemnités attachées à l’exercice des fonctions ou qui ont un caractère de remboursement de frais. [↑](#endnote-ref-1)