|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant attribution (ou maintien) des prestations en espèces après épuisement des droits à maladie ordinaire (agent CNRACL)**  M …………………………………………………………………………………………….  Grade ……………………………………………………………………………………… |

Le Maire, (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 modifié, 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 modifié, relatif aux dispositions 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 l'avis de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie de la Charente ;

- Considérant que M…………………… ne perçoit plus de rémunération ;

**ARRETE**

**ARTICLE 1** : M……………………, …………………… (grade, emploi), placé(e) en disponibilité d’office du…………………… au……………………, percevra au cours de cette période les prestations en espèces prévues par l’article 4, paragraphe 1, du décret N° 60-58 du 11 Janvier 1960.

**ARTICLE 2** : L’intéressé percevra durant cette période, soit du …………………… au …………………… des indemnités journalières (prestations en espèces) correspondant à la moitié du TIB + NBI + RI[[1]](#endnote-1) et la totalité du supplément familial de traitement.

Ces indemnités sont versées mensuellement et sont assujetties à la contribution pour le remboursement de la dette sociale et à la contribution sociale généralisée.

**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 à :

- Monsieur le Président du Centre de Gestion de la Charente,

- Monsieur le Comptable de la Collectivité,

- Monsieur le 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 qui sont attachées à l’exercice des fonctions ou qui ont le caractère de remboursement de frais. [↑](#endnote-ref-1)