|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant placement en (ou renouvellement du) congé de longue durée**  (Fonctionnaire CNRACL à temps complet /T.N.C sup ou égal à 28 h)  (Plein ou demi traitement)  M …………………………………………………………………………………………….  Grade ……………………………………………………………………………………… |

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

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique notamment les articles L. 822-12 à L. 822-17,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, relatif à l’organisation des conseils médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie 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,*

*(Le cas échéant : plus de demande nécessaire pour les renouvellements sauf lors du passage à demi traitement) Vu l’avis du conseil médical en date du……se prononçant pour la mise en congé de longue durée de M……………pour une période de………………mois, du……………………… au ………………………,*

*(Le cas échéant : dans les cas où la saisine du conseil médical n’est plus nécessaire) Vu le certificat du médecin de M……………………………*

*(Le cas échéant) Vu l’arrêté du……………… plaçant M………………en congé longue durée pour une période de…… mois soit du…………………… au ………………………,*

Considérant que M………………………n’a jamais bénéficié au cours de sa carrière d’un congé de longue durée,

*OU*

Considérant que M…………………………peut prétendre à un nouveau congé de longue durée (cas où survient une maladie d’une autre nature que celle ouvrant droit au congé de longue durée initial),

*OU*

Considérant que M………………………… a déjà bénéficié d’un congé de longue durée pour une période de…………… mois soit du…………………au…………………qui doit s’imputer sur l’ensemble des droits de l’agent à ce congé (cas de rechute ou de maladie de même nature que celle précédemment constatée),

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :** M ……………… (grade, emploi) ……… à ……. (temps complet ou temps non complet à raison de ............../ 35ème), est placé(e) en congé de longue durée à ……………… (plein ou demi traitement) pour une période de……………… mois soit du …………………… au …………….

*OU*

M ……………… (grade, emploi) ……… à ……. (Temps complet ou à temps non complet à raison de ................/ 35ème), est maintenu(e) en congé de longue durée à ……………… (plein ou demi traitement) pour une période de……………… mois soit du …………………… au …………….

**ARTICLE 2 :** M…………………percevra…………………… (l’intégralité ou la moitié) de son traitement pendant la période d’arrêt de travail du………………au……………… *(Le supplément familial de traitement est versé intégralement). (Pour information, la NBI n’est plus versée en congé de longue durée).*

**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 adressée :

- au Président du Centre de Gestion de la Charente

- au Comptable de la collectivité

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 : |

|  |
| --- |
| **Rappel : Durée et rémunération du congé de longue durée** |
| Cinq ans maximums au titre de la même affection |
| Trois ans à plein traitement |
| Deux ans à demi-traitement |
| Un autre congé de longue durée peut être accordé, pour une autre affection |