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

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

Vu le code général des collectivités territoriales,

Le code général de la fonction publique notamment les articles L. 822-6 à L. 822-11,

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.*

Vu l’avis du Conseil Médical en date du …………………, se prononçant pour la mise en congé de longue maladie de M ………………………… pour une période de ……………………, soit du …………………… au ……………………,

*(Le cas échéant) Vu l’arrêté du …………………… plaçant M …………………………… en congé de longue maladie, en cas de mise à demi traitement,*

Considérant que M …………………… n’a pas bénéficié d’un congé de longue maladie au cours des douze derniers mois,

OU

Considérant que M ………………………… a déjà bénéficié d’un congé de longue maladie du ………… au …………… au cours des douze derniers mois,

**ARRETE**

**ARTICLE 1 :** M …………………… (grade, emploi) …………………… à …………………… (temps complet ou à temps non complet à raison de ……………/35) est placé*(e)* en congé de longue maladie 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 ……………/35) est maintenu*(e)* en congé de longue maladie 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 maladie si l’agent est remplacé).*

**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 : la durée et la rémunération du congé de longue maladie** |
| 3 ans maximum |
| 1 an à plein traitement |
| 2 ans à demi traitement |
| Un autre congé de longue maladie peut être accordé, après une reprise de fonctions d’au moins un an. |