|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………  **Arrêté portant mise en congé de solidarité familiale agent relevant du régime général**  M  Grade |

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

Vu le Code de la sécurité sociale,

**Vu** le Code Général de la Fonction Publique et notamment ses articles L.633-1 à L.633-4,

***(le cas échéant, agent contractuel)* Vu** le décret n°88-145 du 15 février 1988 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

***(le cas échéant, fonctionnaire stagiaire)*****Vu** le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

***(le cas échéant, fonctionnaire à temps non complet)* Vu** le décret n° 91-298portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

**Vu** le décret n°2013-67 du 18 janvier 2013 relatif au congé pour solidarité familiale et à l’allocation d’accompagnement des personnes en fin de vie pour les fonctionnaires relevant de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

**Vu** le décret n°2013-68 du 18 janvier 2013 relatif au congé pour solidarité familiale pour les agents non titulaires des fonctions publiques de l’Etat, territoriale et hospitalière

**Considérant** la demande de mise en congé de solidarité familiale présentée par Mme/M..........................., pour une durée de ………….. à compter du ……………….,

**Considérant** les justificatifsjoints à la demande,

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :** Mme/M ............................................ est placé(e) en congé de solidarité familiale à compter du ...................... jusqu’au ……………….. (durée maximum 3 mois).

**(Ou)** Mme/M ............................................ est placé(e) en congé de solidarité familiale par période fractionnées de…………….(au moins 7 jours) jusqu’au…………………..(durée maximale de 6 mois).

**(Ou)** Mme/M ............................................ est placé(e) en congé de solidarité familiale à compter du...................... jusqu’au ……………….. (durée maximum 3 mois), sous la forme d’un service à temps partiel d’une quotité de 50%, 60%, 70% ou 80%.

**ARTICLE 2 :** Pendant cette période, Mme/M.................................. ne percevra aucune rémunération à l’exception de l’allocation journalière d’accompagnement d’une personne en fin de vie versée par la Sécurité Sociale dans la limite de la durée règlementaire fixée par les textes.

**OU**

*(Lorsque le congé est transformé en période d’activité à temps partiel)* Pendant cette période, l’agent percevra ………….% *(50, 60, 70 % ou 6/7ème dans le cas de services représentant 80 % du temps plein)* du traitement et des primes et indemnités. Le supplément familial de traitement ne peut être inférieur au montant minimum versé aux fonctionnaires travaillant à temps plein ayant le même nombre d’enfants à charge.

**ET** Il / Elle percevra l’allocation journalière d’accompagnement d’une personne en fin de vie versée par la Sécurité Sociale dans la limite de la durée règlementaire fixée par les textes.

**ARTICLE 3 :** En cas de renouvellement, la demande devra être présentée au moins 15 jours avant l’expiration de la période de congé de solidarité familiale[[1]](#footnote-1).

**ARTICLE 4 :** Le congé prend fin soit à l'expiration de la période autorisée, soit dans les 3 jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit de manière anticipée sur demande de l'agent.

**ARTICLE 5 :** A l'expiration du congé de solidarité familiale, l'intéressé(e) sera réintégré(e) automatiquement et de plein droit dans sa collectivité d'origine.

**ARTICLE 6** : Ampliation de l’arrêté sera transmise :

* au Comptable de la collectivité,
* à Monsieur le Président du Centre de Gestion,
* à l’intéressé (e)

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. *Le renouvellement est possible une fois pour une durée maximale de 3 mois* [↑](#footnote-ref-1)