|  |  |
| --- | --- |
| **LOGO COLLECTIVITE** | **N°**……………**Arrêté portant prolongation de service en Temps Partiel Thérapeutique***(Fonctionnaire CNRACL : Temps complet / T.N.C sup. ou égal à 28 heures)*M……………………………………………………………………………………………….Grade ……………………………………………………………………………………… |

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

Vu le Code Général des collectivités territoriales ;

Vu le Code Général de la Fonction Publique, notamment ses articles L.823-1 à L.823-6 ;

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et 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, pour un fonctionnaire à temps non complet) 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, pour un 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 ;*

Considérant que M…………………………… (prénom, nom, grade, emploi) à temps (non) complet, a été placé(e) en temps partiel thérapeutique du …………………………… au …………………………… inclus ;

Considérant la demande de prolongation d’autorisation de travail à temps partiel thérapeutique présenté(e) par Madame/Monsieur...accompagnée d’un certificat médical établi par le médecin traitant prescrivant un temps partiel thérapeutique sur une quotité de travail de ... % pour une durée de …………………………… mois ;

*(Si prolongation au-delà d’une période de trois mois) Considérant l’avis émis par le Dr……………………………, médecin agréé, en date du…………………………… ;*

*(Le cas échéant en cas de discorde entre le médecin traitant et le médecin agréé) Considérant l’avis émis* *par le Conseil médical en date du…………………………… ;*

Considérant que l’état de santé de Mme/M. …………………………… nécessite une poursuite d’activité à temps partiel thérapeutique à raison de……………………………% de sa durée normale de service / ou du travail hebdomadaire de l’emploi occupé par l’agent,

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1** : Du …………………………… au …………………………… inclus *(période d’un à trois mois, renouvelables dans la limite d’un an)*, M…………………………… *(prénom, nom, grade, qualité)* à temps (non) complet, est prolongé(e) dans ses fonctions en temps partiel thérapeutique, pour une durée de …………………………… mois.

**ARTICLE 2** : M…………………………… exercera ses fonctions à raison de...% du temps de travail hebdomadaire de l’emploi occupé par l’agent *(quotité ne pouvant être inférieure à 50% du temps de travail hebdomadaire de l’emploi occupé par l’agent)*.

**ARTICLE 3** : Pendant cette période, M…………………………… percevra l’intégralité de son traitement, du supplément familial de traitement et de la nouvelle bonification indiciaire (à adapter en fonction de la situation de l’agent).

*(Le cas échéant, se reporter à la délibération en vigueur dans la collectivité)*

*L’agent percevra les primes et indemnités au prorata de la durée effective du service ou L’agent percevra l’intégralité des primes et indemnités.*

**ARTICLE 4 :** 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 : |