**ARRÊTÉ PLACANT (nom et grade de l’agent) EN TEMPS PARTIEL POUR MOTIF THÉRAPEUTIQUE DE LA SÉCURITE SOCIALE**

*Ne concerne que les contractuels*

**Le** Maire (Le Président) **de .................................................,**

**Vu** le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L.323-3 et R323-3,

**Vu** la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,

**Vu** la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

**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 non titulaires de la fonction publique territoriale,

*Uniquement si existence d’un régime indemnitaire*

**Vu** la délibération du ……………………………………………, instituant le régime indemnitaire,

**Vu** les arrêtés*(viser les arrêtés relatifs aux congés de maladie octroyés)*

*Uniquement lors de la reprise un CGM*

**Vu** l’avis du comité médical, en date du …………………….., favorable à la reprise d’une activité professionnelle à compter du …………………..**,**

*Uniquement lors de la reprise après fin de droits à CMO ou après un CST*

*(le cas échéant)* **Vu** l’avis du Dr ……………………., médecin agréé, en date du …………………….., favorable à la reprise d’une activité professionnelle à compter du …………………..**,**

*Uniquement si renouvellement d’un temps partiel pour motif thérapeutique*

**Vu** *(le ou les arrêtés relatifs au temps partiels thérapeutiques déjà octroyés),*

**Vu** le certificat médical du Dr …………………….., présenté par M…………, prescrivant un temps partiel pour motif thérapeutique - à compter du …………………..…. et jusqu’au…………………………….,

*(le cas échéant)* **Vu** l’avis favorable du médecin conseil de la Sécurité Sociale pour une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique - ….% - à compter du ..........................., pour une durée de .........................,

*(le cas échéant)* **Vu** l’avis du Dr……………………….., médecin de prévention, *(préciser le contenu de l’avis…)*

***ARRÊTE***

**ARTICLE 1** : M...................... est admis(e) à un service à temps partiel pour motif thérapeutique - …. % - à compter du ………………….. jusqu’au………………...

**ARTICLE 2** : Pendant cette période, l’agent percevra sa rémunération calculée au prorata de la durée de travail effectuée et percevra les indemnités journalières servies par la Sécurité Sociale.

**ARTICLE 3** : Le présent arrêté sera notifié à l'intéressé(e),

 Ampliation adressée à :

 - Monsieur le Président du Centre de Gestion,

 - Monsieur le Receveur Municipal,

**ARTICLE 4** : Le Maire (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 dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.

Signature de l'agent : Fait à

 Le

Notifié le :