**ARRÊTÉ PLACANT M..................................... A TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE**

*Ne concerne que les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL*

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

**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, et notamment le 4°bis de l’article 57,

**Vu** le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

*Uniquement pour les agents à temps non complet > 28 h*

**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,

*Uniquement pour les agents stagiaires*

**Vu** le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale, et notamment l’article 7,

**Vu** le décret n° 2004-777 du 29 juillet 2004 relatif à la mise en œuvre du temps partiel dans la fonction publique territoriale

**Vu** la circulaire du 15 mai 2018 relative au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique,

*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 après un CMO > 12 mois, un CLM/CGM, un CLD*

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

*Uniquement si renouvellement d’un temps partiel 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 thérapeutique - …. % - à compter du …………………..…., *uniquement si suite à CITIS* : *pour une durée de……………………… mois, soit jusqu’au…………………………,*

**Vu** l’avis favorable / défavorable du Dr………………………………….., médecin agréé, du ............................, à l’octroi / au renouvellement du temps partiel thérapeutique - ……% - à compter du ..........................., pour une durée de *si suite à congé maladie non imputable au service* *: trois mois /* *si suite à CITIS :* *......................... mois (six mois maximum)*, soit jusqu’au………………………….

*Uniquement en cas d’avis discordants entre le médecin traitant et le médecin agréé*

**Vu** l’avis du comité médical / de la commission de réforme en date du ……., favorable /défavorable à l’octroi / au renouvellement du temps partiel thérapeutique - ….% - à compter du …………………………….., pour une durée de *si suite à congé maladie non imputable au service* *: trois mois /* *si suite à CITIS :* *......................... mois (six mois maximum)*, soit jusqu’au ……………………..

***ARRÊTE***

**ARTICLE 1 :** M...................... est admis(e) à reprendre son service à temps partiel pour raison thérapeutique du ……………………….. au ……………………..

**ARTICLE 2 :** Pendant cette période, l’agent effectuera son service à.............% *(entre 50 et 99%)* et percevra l’intégralité de son traitement afférent au ............ échelon de son grade, indice brut ..........., *uniquement pour les agents bénéficiaires de la NBI :* *ainsi que la NBI****.***

*Selon situation de l’agent :*Pendant cette période, l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement.

*Si régime indemnitaire attribué à l’agent :* Pendant cette période, les primes et indemnités sont maintenues *(préciser les modalités en fonction des dispositions prévues dans la délibération : dans leur intégralité ou au prorata de la durée des services).*

**ARTICLE 3 :**  Les périodes d’exercice à temps partiel thérapeutique sont considérées comme du temps plein pour la détermination des droits à l’avancement d’échelon et de grade, et, à la retraite.

**ARTICLE 4 :**  Le temps de travail est organisé dans un cadre *quotidien/hebdomadaire/mensuel* *(mentionner le cadre d’organisation choisi et préciser la répartition des périodes travaillées et non travaillées).*

**ARTICLE 5 :** Le présent arrêté sera notifié à l'intéressé(e),

Ampliation adressée à :

- Monsieur le Président du Centre de Gestion,

- Monsieur le Receveur Municipal,

**ARTICLE 6 :** 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 :**