**ARRÊTÉ PORTANT RECONNAISSANCE D’UN ETAT D’INVALIDITE TEMPORAIRE ET ATTRIBUANT A (nom prénom de l’agent, grade) UNE ALLOCATION D’INVALIDITE TEMPORAIRE**

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

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

**Vu** la loi 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

**Vu** le décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents, des départements, des communes et de leurs établissements publics n’ayant pas le caractère industriel et commercial et notamment l’article 6,

**Vu** l’arrêté en date du ……………. *(dernière situation administrative de l’agent : grade, échelon, durée de travail, IB et IM)*,

**Le cas échéant : Vu** les arrêtés du ……………... et du ………….….. plaçant M………………………… en congé de *(maladie ordinaire ou longue maladie ou longue durée)* du ……………… au ………………..

**Le cas échéant : Vu** l’arrêté en date du ...................... plaçant M........................ en disponibilité d’office du …………………… au ………….................,

**Vu** l’avis de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie,

**Vu** l’avis de la Commission de Réforme en date du………… attestant que l’intéressé est atteint d’une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail et qu’il ne peut reprendre immédiatement ses fonctions,

***ARRÊTE***

**ARTICLE 1 :** M………………………. est reconnu en état d’invalidité temporaire de *(1ère, 2ème ou 3ème)* catégorie, à compter du ………………………..

**ARTICLE 2 :** A ce titre, M ........................... percevra l’allocation d’invalidité temporaire du ………………… *(fin des droits aux congés statutaires ou à l’indemnité journalière prévu par l’article 4 du décret 60-58)* au ………………… *(durée de 6 mois maxi)*.

**ARTICLE 3 :** Cette allocation s’élève à *30 % du dernier traitement d’activité et la totalité du supplément familial de traitement* ***(si 1ère catégorie) /*** *50 % du dernier traitement d’activité et la totalité du supplément familial de traitement* ***(si 2ème catégorie) /*** *50 % du dernier traitement d’activité et la totalité du supplément familial de traitement majorée de 40%* ***(si 3ème catégorie)***, sous réserve de l’application des maximas prévus à l'article 6 du décret 60-58. ***(cette partie peut être adaptée, précisée en fonction de la situation de l’agent).***

Elle sera versée mensuellement par *(nom de la collectivité)*.

**ARTICLE 4 :** L'allocation cesse d'être servie dès que l'agent est replacé en position d'activité ou mis à la retraite et, en tout état de cause, à l'âge de soixante ans.

**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,

- la Caisse Primaire d’Assurance Maladie de ……………………………..

**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.

Fait à ……………………….., le ………………………….

 Le Maire (le Président)

Notifié le :

Signature de l'agent :