ARRÊTÉ

DE PLACEMENT EN TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE

DE M ..................................

*GRADE*

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

Vu le Code de la Sécurité Sociale

Vu le Code Général de la Fonction Publique,

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l’organisation des conseils médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(Si l’agent est contractuel de droit public)* 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,

OU

*(Si l’agent est stagiaire/titulaire IRCANTEC)* 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,

Vu la demande d’autorisation de travail à temps partiel pour raison thérapeutique présentée le ………… par M ………………., accompagnée d’un certificat médical indiquant la quotité de temps de travail, la durée et les modalités d'exercice des fonctions à temps partiel thérapeutique,

Vu l’avis favorable de la CPAM,

Vu l’information faite auprès du médecin de Prévention en date du …………,

**ARRÊTE**

ARTICLE 1 : A compter du ……………, M ………………. est autorisé(e) à effectuer ses fonctions à temps partiel thérapeutique à raison de ………% *(50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)* de la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein, pour une durée de …………… *(1 à 3 mois)*, soit jusqu’au ……………….. inclus.

**ARTICLE 2** : Durant cette période, M …………… percevra sa rémunération calculée au prorata de la durée de travail effectuée et percevra en complément les indemnités journalières servies par la Sécurité Sociale.

**ARTICLE 3** : Le Directeur Général des services est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'intéressé(e) et dont ampliation sera transmise au :

- Président du Centre de Gestion,

- Comptable de la Collectivité.

Fait à …………… le …………….,

Le Maire *(ou le Président)*,

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 d’Orléans dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

Notifié le ...................

Signature de l’agent :