ARRETE

portant mise à temps partiel thérapeutique

deM. ……………………………………….

……………………………………. (grade)

Madame, Monsieur La/Le Maire Président(e),

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code général de la fonction publique ;VU le code de la sécurité sociale et notamment l’article L323-3 ;

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, notamment son article 34 ;

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

Vu la demande présentée par …………………… ; *Nom prénom de l’agent*

Considérant l’information du médecin de prévention ;

Vu certificat médical du médecin traitant, Docteur …………….. qui mentionne la quotité de temps de travail........% Quotité 50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 %, sur une durée de …………. (1 à 3 mois) et les modalités d'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique ;

*(le cas échéant)*Vu l'avis du Conseil médical en date du ../…/…… prononçant l’aptitude de …………………… *Nom prénom de l’agent* à la reprise de ses fonctions à compter du …/…/…… ; *(l'octroi de ce temps partiel thérapeutique n'entre pas dans les attributions du comité médical telles qu'elles sont prévues par le décret du 20 mars 1991, il est de bonne administration que ce conseil* [*connaisse l'avis*](https://www.senat.fr/questions/base/2002/qSEQ020700634.html) *du médecin conseil sur la reprise de temps partiel thérapeutique, avant de se prononcer sur l'aptitude à la reprise du travail)*

*Si possible, au regard de la réponse du médecin conseil de la CPAM*

Vu l’avis favorable du Docteur ……………médecin conseil de la CPAM ;

**ARRETE**

**ARTICLE 1er –** Du *…/…/….…* au *…/…/….…*, …………………… *Nom prénom de l’agent*, né(e) le *…/…/….…,* ……………………………………. (grade), est autorisé(e) à reprendre ses fonctions à temps partiel thérapeutique à raison de … % pour une durée de ………………. .

**ARTICLE 2 –** Pendant cette période, l’intéressé(e) percevra sa rémunération, correspondant à la quotité de travail effectuée avec le maintien d'une partie ou de la totalité des indemnités journalières d'assurance maladie versées par la caisse de sécurité sociale.

**ARTICLE 3 :** Le présent arrêté, peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de NANTES dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction administrative compétente peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du tribunal administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

Le présent arrêté sera

* Notifié à l’Intéressé(e),

Et ampliation en sera communiquée :

* Au Receveur Municipal,
* à Madame la Présidente du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de Maine-et-Loire.

Fait à ………………………,

Le …/…/……

Madame, Monsieur La/Le Maire Président(e),

Notifié le………….

Signature de l’agent