Timbre ou logo de la collectivité

arrêté

DE PLACEMENT EN TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE

A RAISON DE …… %

CONCERNANT M ………, *(GRADE) ……*

*(fonctionnaire CNRACL)*

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

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique notamment ses articles L.823-1 à L.823-6,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, modifié, relatif à l’organisation des comités médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et notamment ses articles 13-1 à 13-13,

Vu la demande de l’agent en date du ………………….sollicitant un temps partiel pour raison thérapeutique de …% à compter du…………….

Vu le certificat médical du Docteur…………., médecin traitant, en date du………….

Considérant que le temps partiel pour raison thérapeutique ne peut être inférieur à 50 % de la durée du service hebdomadaire que les fonctionnaires à temps plein exerçant les mêmes fonctions doivent effectuer et ne peut excéder 1 an, accordé par période de 1 à 3 mois renouvelable selon la même procédure.

ARRETE

**ARTICLE 1 :**

A compter du ……, M/Mme ………, *(grade)…* …, est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique à raison de ……% du temps plein, pour une durée de ………….

**ARTICLE 2 :**

Pendant cette période, M/Mme ……… percevra l’intégralité de son traitement, du supplément familial de traitement et de l’indemnité de résidence.

**ARTICLE 3** :

Le Maire (ou le Président) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l’agent.

Ampliation adressée :

- Au Président du Centre de Gestion du Jura,

- Au Comptable de la Collectivité.

Fait à …………………… le………….. …….,

Le Maire (ou le Président),

*(nom, prénom et signature)*

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 de Besançon via le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

Notifié le :

Signature de l’agent :