Timbre ou logo de la collectivité

arrêté

DE PLACEMENT EN TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE

A RAISON DE …… %

CONCERNANT Mme/M ………, *(Nom, Prénom, Grade)*

*(fonctionnaire IRCANTEC et agent contractuel)*

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

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu le code de la sécurité sociale notamment son article L.323-3 ;

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, notamment ses articles 13-1, 13-2 alinéa 1, 13-7 à 13-12 ;

# (*Pour un agent contractuel*) Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, notamment son article 9-1 ;

# *(Pour un fonctionnaire 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, notamment son article 34-1 ;

Vu la demande de l’agent en date du ………………….sollicitant un temps partiel pour raison thérapeutique de …% à compter du……………. pour une période de……….*(durée comprise entre 1 et 3 mois)*

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

Vu l’accord de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie.

*(Pour un fonctionnaire IRCANTEC)* Considérant que le temps partiel pour raison thérapeutique ne peut être inférieur à 50 % de la durée hebdomadaire de service du ou des emplois à temps non complet que le fonctionnaire occupe et ne peut excéder 1 an, accordé par période de 1 à 3 mois renouvelable selon la même procédure.

*(Pour un agent contractuel à temps complet)* Considérant que le temps partiel pour raison thérapeutique ne peut être inférieur à 50 % de la durée du service hebdomadaire que les agents contractuels 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.

*(Pour un agent contractuel à temps non complet)* Considérant que le temps partiel pour raison thérapeutique ne peut être inférieur à 50 % de la quotité de temps de travail hebdomadaire du ou des emplois occupés 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 ……, Mme/M ………, *(Nom, Prénom, Grade)* est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique à raison de ……%, pour une durée de …………. *(durée comprise entre 1 et 3 mois)*

**ARTICLE 2 :**

Pendant cette période, Mme/M ……… percevra sa rémunération calculée au prorata de la durée de travail effectuée et percevra en complément les indemnités journalières attribuées par la Caisse Primaire d’Assurance Maladie.

**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 :