**ARRÊTÉ**

**De mise en congé sans traitement suite à épuisement des droits à congé de maladie**

**De M. ou Mme [Nom Prénom]**

**[grade] stagiaire**

Le Maire *(ou le Président)* de [collectivité ou établissement public],

Vu le code général de la fonction publique,

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 ou commercial,

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, *(le cas échéant)*

Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la Fonction Publique Territoriale, et notamment son article 10,

Vu le congé [**nature du congé**] accordé à compter du [**date**] pour une durée de [**durée**],

Vu l’avis du Conseil médical plaçant l’agent en congé sans traitement,

Considérant que M. ou Mme [**Nom, Prénom**] est temporairement inapte pour raison de santé à reprendre son service à l’issu de son congé de maladie,

Considérant que l’agent a épuisé ses droits à congé,

**ARRÊTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Article 1** **:**  | M. ou Mme [**Nom, Prénom**], [**grade**], est placé(e) en congé sans traitement pour raison de santé à compter du [**date**] pour une durée de [**durée**]. |
| **Article 2** **:**  | Pendant la durée de sa mise en congé sans traitement, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] ne perçoit aucune rémunération et cesse de bénéficier de ses droits à avancement et à la retraite. L’agent pourra néanmoins percevoir les indemnités journalières versées par la sécurité sociale. |
| **Article 3** **:**  | Le Secrétaire Général (ou le Directeur Général) est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :- Notifié à l'intéressé(e).Ampliation adressée au :- Président du Centre de gestion,- Comptable de la collectivité. |

Fait à [**commune**], le [**date**]

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

Le tribunal administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr

Notifié le [**date**] Signature de l’agent :