ARRÊTÉ

DE MISE A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE
DE M. OU MME [NOM PRENOM]
[GRADE]

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

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

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

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, (*le cas échéant*)

Vu le décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique territoriale,

Vu la demande écrite présentée par M. ou Mme [**Nom, Prénom**] pour accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique à raison de [**quotité**] % du temps plein, à compter du [**date**],

Vu le certificat médical en date du [**date**] se prononçant sur une mise à temps partiel thérapeutique à raison de [**quotité**] % du temps plein à compter du [**date**] pour une durée de [**durée**],

Vu l'avis du Conseil médical en date du [**date**] se prononçant sur une reprise à temps partiel thérapeutique à raison de [**quotité**] % du temps plein à compter du [**date**] pour une durée de [**durée**], *(le cas échéant – suite à un CMO de plus de un an, un CLM ou un CLD)*

Vu l'avis du médecin agréé en date du [**date**] se prononçant sur une prolongation de mise à temps partiel thérapeutique à raison de [**quotité**] % du temps plein à compter du [**date**] pour une durée de [**durée**], *(le cas échéant - prolongation)*

Vu l'avis du Conseil médical en date du [**date**] se prononçant sur une prolongation de mise à temps partiel thérapeutique à raison de [**quotité**] % du temps plein à compter du [**date**] pour une durée de [**durée**], *(le cas échéant – contestation de l'avis du médecin agréé)*

Vu l'information du médecin de prévention en date du [**date**],

Considérant que le service à temps partiel thérapeutique ne peut être inférieur au mi-temps,

ARRÊTE

Article 1 : M. ou Mme [**Nom, Prénom**], [**grade**], est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique à raison de [**quotité**] % du temps plein, à compter du [**date**] pour une durée de [**durée**].

Article 2 : Pendant cette période, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] percevra l'intégralité de son traitement, de l'indemnité de résidence et du supplément familial afférents au [**échelon**] échelon du grade de [**grade**], IB [**IB**], IM [**IM**].

L'agent percevra son régime indemnitaire calculé au prorata de sa durée effective de service.

Article 3 : Cette période est considérée comme du temps plein pour la détermination des droits à l'avancement d'échelon et de grade, la constitution et la liquidation des droits à pension civile et l'ouverture des droits à un nouveau congé de longue maladie.

Article 4 : A l'issue de la période de travail à temps partiel pour raison thérapeutique, M. ou Mme [**Nom, Prénom**] sera réintégré(e) de plein droit, s'il *(ou elle)* est apte à ses fonctions, dans son emploi à temps plein où, à défaut, dans un autre emploi conforme à son grade.

Article 5 : 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 :