ARRETE PLACANT UN AGENT CONTRACTUEL

 A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE

(1 mois à 3 mois)

Le Maire *(ou le Président)* de …………………………………… ;

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 modifié portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale  et relatif à l’organisation de comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et relatif aux agents contractuels de la Fonction Publique Territoriale ;

Considérant que M……………………………………………………………… est recruté(e) en qualité de ………………………………………………………… *(préciser le grade)* à temps complet ;

Vu la demande d’autorisation de travail à temps partiel pour raison thérapeutique présentée par M……………………………………………………………… accompagnée d’un certificat médical indiquant la quotité de temps de travail (50%, 60%, 70%, 80% ou 90% de la durée hebdomadaire de travail), la durée et les modalités d’exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique prescrites ;

Vu la décision du médecin conseil de la CPAM ;

Considérant que le temps partiel pour raison thérapeutique ne peut être inférieur au mi-temps ;

**ARRETE**

**ARTICLE 1** : A compter du …………………, M………………………………………………………………, né*(e)* le ………………, est autorisé*(e)* à reprendre ses fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique à raison de …… % pour une durée de …………………………… (1 mois à 3 mois).

**ARTICLE 2 :** Pendant cette période, l’agent percevra sa rémunération calculée au prorata de la durée de travail effectuée et percevra les indemnités journalières servies par la Sécurité Sociale.

**ARTICLE 3 : (***si l’agent est recruté en contrat à durée déterminée)*

La durée du temps partiel pour raison thérapeutique ne pourra excéder le terme du contrat.

**ARTICLE 4** : Le présent arrêté sera :

 - notifié à l’agent,

 - transmis au comptable de la collectivité,

 - transmis au Président du Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale 05

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 2 mois à compter de sa notification, sa réception par le représentant de l’Etat et sa publication.

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

 Fait à ………………………,

NOTIFIE A L’AGENT LE : Le …………………………,

*(date et signature)* Le Maire *(ou le Président)*,