**ARRÊTÉ**

**DE MISE EN CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE**

***(Fonctionnaire)***

**DE M/MME ……………………**

**GRADE/EMPLOI ………………**

**Le/la Maire (ou le Président/la Présidente) de …….,**

**VU** le code général des collectivités territoriales,

**VU** le code général de la fonction publique,notamment les articles L.822-1 et suivants,

**VU** la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018, notamment son article 115,

**VU** le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

***(Pour les fonctionnaires à temps non-complet)* VU** le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

***(Pour les fonctionnaires stagiaires)* VU** le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

**VU** le certificat médical d’arrêt de travail *(ou de prolongation d’arrêt de travail),*

***(Le cas échéant)* VU** l'arrêté en date du …… plaçant M/Mme ……… en congé de maladie à compter du …….,

**Considérant** que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M/Mme …………... n’a pas bénéficié de congé de maladie **OU** a bénéficié de …… *(jours)* de congés de maladie rémunérés à plein traitement ou à demi-traitement,

**ARRÊTE**

Article 1er

M/Mme ...................né(e) le ………… (*grade*).................. est placé(e) **OU** maintenu(e) en congé de maladie ordinaire à compter du ....................jusqu’au ………….. inclus.

article 2

Pendant cette période, M/Mme................................... sera rémunéré(e) comme suit :

le ………… : jour de carence

du ……… au ………. : ...... jours à plein traitement

du ……… au ………. : ...... jours à demi traitement

*(Le cas échéant)* Le supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence lui seront versés intégralement.

Article 3

Le Directeur général des services / Le Secrétaire général est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l'intéressé

**Ampliation adressée au :**

- Comptable de la collectivité

Fait à ……….., le………………

Le/La Maire (ou le Président/la Présidente)

*(prénom, nom et signature)*

OU

Par délégation,

*(prénom, nom et signature)*

Le/la Maire (ou le Président/la Présidente),

- 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, dans un délai de deux mois à compter de la présente notification, par courrier adressé au Tribunal Administratif de Nantes ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

Notifié le .....................................

Signature de l’agent :