**ARRÊTÉ**

**DE MISE À TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE**

**(F*onctionnaire CNRACL)***

**DE M/MME ……………………**

**GRADE ………………**

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

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

**VU** le code général de la fonction publique et notamment les articles L.823-1 à L.823-6,

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

*(Le cas échéant si fonctionnaire à temps non complet)*

**VU** le décret n°91-298 du 20/03/1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

*(Le cas échéant si fonctionnaire stagiaire)*

**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 décret n°2004-777 du 29 juillet 2004 relatif à la mise en œuvre du temps partiel dans la fonction publique territoriale,

*(Le cas échéant si délibération instituant le régime indemnitaire)*

**VU** la délibération du ………………………. instituant le régime indemnitaire et fixant les conditions de versement de celui-ci en cas de temps partiel pour raison thérapeutique,

**VU** la demande écrite en date du ………………présentée par M/Mme………………, (*grade*)………………, par laquelle l’agent sollicite un temps partiel pour raison thérapeutique à ……%, à compter du ………………,

**VU** le certificat médical du médecin traitant de l’agent en date du ………………prescrivant un temps partiel pour raison thérapeutique à ……%, à compter du………………, pour une durée de……………… mois *(1 mois minimum et 3 mois maximum),* soit jusqu’au………………,

**VU** l’information du médecin du travail,

**ARRÊTE**

ARTICLE 1ER

M/Mme ……………… est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique à raison de …..% (*50, 60, 70, 80 ou 90%)* à compter du ……………… pour une période de ………………(*entre un et trois mois*) soit jusqu’au ……………….

*(Le cas échéant)*

Il est mis fin au régime du travail à temps partiel de droit ou sur autorisation accordé antérieurement.

ARTICLE 2

Pendant cette période, l’agent effectuera son service à ………………% et percevra l’intégralité de son traitement ainsi que (*le cas échéant*) le supplément familial de traitement et la nouvelle bonification indiciaire le cas échéant.

*(Selon la règle fixée dans la délibération relative au régime indemnitaire)*

L’agent percevra ses primes et indemnités calculées au prorata de sa durée de service soit à raison de ………………% du temps partiel thérapeutique accordé.

OU

L’agent percevra ses primes et indemnités dans les mêmes proportions que son traitement.

ARTICLE 3

Les périodes d’exercice à temps partiel pour raison thérapeutique sont considérées comme du temps plein pour la détermination des droits à l’avancement, à la promotion, à la formation et à la retraite.

ARTICLE 4

Le temps de travail est organisé dans un cadre ……………… (*quotité travaillée hebdomadaire / mensuelle*), selon les modalités suivantes : ………………………………………………….(mentionner le cadre d’organisation choisi et préciser la répartition des périodes travaillées et non travaillées). (*Précisez les modalités, par exemple, travail uniquement les matins, etc.)*

ARTICLE 5

L'autorité territoriale peut faire procéder à tout moment à l'examen de M/Mme ……………. par un médecin agréé. M/Mme est tenu(e) de s'y soumettre sous peine d'interruption de l'autorisation dont il/elle bénéficie.

ARTICLE 6

Avant le terme de cette autorisation, M/Mme ………….. pourra :

* modifier la quotité de travail ou y mettre fin par anticipation sur présentation d’un certificat médical,
* y mettre fin si il/elle se trouve depuis plus de 30 jours en congé pour raisons de santé ou en congé pour invalidité temporaire imputable au service.

Cette autorisation sera interrompue en cas de placement en congé de maternité, de congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou de congé d'adoption.

ARTICLE 7

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.

***(Pour les fonctionnaires stagiaires) :***

La durée du stage est prolongée pour atteindre la durée correspondant à la période de stage effectuée par les agents à temps plein.

Toutefois, la période de service effectuée à temps partiel pour raison thérapeutique sera prise en compte, lors de la titularisation, pour l'intégralité de sa durée effective, dans le calcul des services retenus pour le classement et l'avancement)

ARTICLE 8

Cette autorisation qui cessera de plein droit à son terme, pourra être renouvelée dans la limite d’un an selon la même procédure et sous réserve, au-delà de 3 mois, d’un examen par un médecin agréé.

ARTICLE 9

Le Directeur général des services/Le secrétaire général de mairie 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 …… le …….,

Le Maire (ou le Président),

*(prénom, nom et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles 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, 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 :