****ARRETE N° ………………………………………

**portant temps partiel thérapeutique**

**(fonctionnaire relevant du régime spécial (cnracl)**

M/Mme …………………………………….......

**Logo Collectivité**

Catégorie………………………………………

Grade ……………………………………………

*Les éléments en italique bleu ne doivent être conservés que si la collectivité ou l’agent sont concernés.*

*(AM 12 – Mise à jour mars 2017)*

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

VU la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,

VU la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale, notamment son article 57 4°bis,

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

VU l’arrêté en date du……plaçant M *(Mme)*…………….en congé de maladie ordinaire (*ou le cas échéant, en congé de longue maladie ou congé de longue durée ou pour maladie professionnelle ou pour accident de service* ou *pour invalidité temporaire imputable au service)* depuis le …………….. pour une durée de ……………. *(Nota : Plus de condition de durée de congé)*,

VU la demande, présentée le…..par M *(Mme)*…….., accompagné d’un certificat de son médecin traitant, tendant à l’octroi d’un temps partiel thérapeutique pour une période de ………………. à compter du ………………à raison d’une quotité de ……..%,

VU l’avis favorable concordant du médecin agréé en date du……,

*(Le cas échéant) VU l’avis du comité médical (ou de la commission de réforme) en date du….(au cas de discordance entre l’avis du médecin traitant et celui du médecin agréé),*

Considérant que M *(Mme)*……………. a déjà bénéficié d’un temps partiel thérapeutique pour la même affection, le même accident ou la même maladie professionnelle du………….au………………….. pour une durée de ……………………,

ARRETE

**ARTICLE 1 :**

A compter du ..............................., M *(Mme)*...................................... né*(e)* le .................... à .................................., domicilié*(e)* à ………….. est autorisé*(e)* à effectuer son service à temps partiel thérapeutique à …% du temps complet à compter du …………….pour une durée de ……………..

*(Nota : Préciser les modalités d’organisation du temps partiel éventuellement fixées avec le médecin de prévention).*

**ARTICLE 2 :**

Pendant cette période, M *(Mme)*...................................... bénéficiera de l’intégralité de son traitement, *et du SFT* *(le cas échéant)*. Les primes et indemnités lui seront attribuées à hauteur de la quotité du temps partiel thérapeutique.

**ARTICLE 3 :**

Le Directeur Général des services est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera transmis

* Président du Centre de Gestion de Haute-Savoie,
* Comptable de la Collectivité.

Fait à …… le …….,

Le Maire *(le Président)*,

*(prénom, nom et signature)*

ou

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité 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 devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

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

Signature de l’agent :