**ARRETE ACCORDANT (*OU PROLONGEANT)* L'EXERCICE DES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE**

***(Contractuel)***

***Les mentions en italiques constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

Le Maire *(ou le Président)* de...

Vu le code de la sécurité sociale notamment son article L 323-3,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 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,

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale

Vu l'arrêté en date du... plaçant Monsieur *(ou Madame)*... en position de congé de... *(Type de congé : Maladie ordinaire, grave maladie, accident du travail ou de maladie imputable au service)*,

***En cas de prolongation****: Vu l’arrêté en date du … autorisant Monsieur (ou Madame)... à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, à raison de…% pour une durée de...*

Vu la demande d’autorisation *(ou d’autorisation de prolongation)* de travail à temps partiel thérapeutique présenté(e) par Monsieur *(ou Madame)*... accompagnée d’un certificat médical établi par le médecin traitant pour une durée de …et une quotité de …,

Vu l’avis favorable du médecin conseil de la Sécurité Sociale pour une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique à compter du ..., pour une durée de ....,

Considérant la date de fin d'engagement de Monsieur *(ou Madame)*... fixée au ... (date fin contrat) la réintégration a lieu sous réserve que l'engagement ne soit pas arrivé à échéance,

Considérant que l'état de santé de Monsieur *(ou Madame)*... nécessite une reprise d'activité partielle à raison de ... % de sa durée normale de service.

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)*... est réintégré*(e)* dans ses fonctions à la suite d'un congé de... *(congé maladie ordinaire, grave maladie, accident de travail ou maladie imputable au service)* et est autorisé*(e)* à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, à raison de…% de la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein *(une quotité comprise entre 50 et 99% peut être accordée, sans que ce temps partiel soit inférieur au mi-temps)* pour une durée de... soit jusqu'au...

***OU***

A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)* ... est autorisé*(e)* à prolonger l'exercice de ses fonctions à temps partiel thérapeutique, à raison de…% la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein *(la quotité peut varier à l’occasion du renouvellement de l’autorisation)* pour une durée de ... soit jusqu'au ...

**Article 2 :**

Le temps de travail est organisé de la façon suivante : ... *(Préciser les périodes travaillées et non travaillées selon le cas, sur la journée, la semaine)*.

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.

***Le cas échéant :*** Il *(ou elle)* percevrases primes et indemnités calculées au prorata de sa durée de service soit à raison de ...% du temps partiel thérapeutique accordé *(sauf si un maintien du régime indemnitaire a été prévu par délibération)*.

**Article 3 :**

La présente période de temps partiel est renouvelable après nouvelle demande et saisine du médecin conseil de la sécurité sociale dans la limite totale d’un an.

Dans le cas contraire, l'agent sera réintégré à temps plein à l'issue de la période.

**Article 4 :**

Le Directeur Général des Services *(ou la secrétaire de mairie, le Directeur…)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à Monsieur *(ou Madame)*...

**Article 5 :**

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 d’Amiens dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.

**Article 6**:

Ampliation du présent arrêté sera transmise au Comptable de la collectivité, au Président du Centre de Gestion.

Notifié à l'agent le : Fait à ..., le ...

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