**MODELE D'ARRETE PORTANT ATTRIBUTION**

 **D’UNE ALLOCATION D’INVALIDITE TEMPORAIRE (AIT)**

 **DE Mr………………………………………………………………………..**

 **Grade :……………………………………………………………………….**

Le Maire (ou le Président) de ………,

Vu le code général des collectivités territoriales,

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

Vu le décret 2003-1306 du26 décembre 2003 fixant le régime de retraite de la CNRACL

Vu le décret n° 2005-442 du 2 mai 2005 relatif à l’attribution de l’allocation temporaire d’activité aux fonctionnaires relevant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière

Considérant l’accident de service (ou de trajet) ayant entrainé chez Mr……………………………..un taux d’invalidité rémunérable de ……………%

Ou

Considérant la maladie professionnelle ayant entrainé chez Mr……………………………..un taux d’invalidité rémunérable de ……………%

Considérant la reprise de fonction de l’agent à compter du ……………….ou la consolidation à compter du …………………………

Considérant la demande d’allocation déposée par l’intéressé en date du ……………(dans le délai d’un an suivant la date de reprise des fonctions ou après consolidation de la blessure ou de l’état de santé de l’agent),

Vu le procès verbal de la commission de Réforme en date du………………………………

ARRETE

Article 1 :

A compter du………………. Il est attribué à M (nom-prénom-grade : …………………..affilié à la CNRACL sous le numéro…………………………….une allocation temporaire d’invalidité, sous réserve de l’avis conforme de la Caisse des Dépôts et Consignations ………………

A l’expiration d’une période de 5 ans, les droits de l’agent font obligatoirement l’objet d’un nouvel examen

Article 2 :

Le Directeur Général des services 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 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 devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

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

Signature de l’agent :