

ARRÊTÉ
DE MISE A TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE
DE M. OU M^{ME} [NOM PRENOM]
[GRADE] CONTRACTUEL

Le Maire (ou le Président) de [collectivité ou établissement public],

Vu le code général de la fonction publique, et notamment ses articles L.823-1 à L.823-6,

Vu le code de la sécurité sociale,

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

Vu le décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,

Vu le décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique territoriale,

Vu la demande écrite présentée par M. ou Mme [Nom, Prénom] pour accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique à raison de [quotité] % du temps plein, à compter du [date],

Vu le certificat médical en date du [date] se prononçant sur une mise à temps partiel thérapeutique à raison de [quotité] % du temps plein à compter du [date] pour une durée de [durée],

Vu l'avis du Conseil médical en date du [date] se prononçant sur une reprise à temps partiel thérapeutique à raison de [quotité] % du temps plein à compter du [date] pour une durée de [durée], (le cas échéant – suite à un CMO de plus de un an ou un CGM)

Vu l'avis du médecin agréé en date du [date] se prononçant sur une prolongation de mise à temps partiel thérapeutique à raison de [quotité] % du temps plein à compter du [date] pour une durée de [durée], (le cas échéant - prolongation)

Vu l'avis du Conseil médical en date du [date] se prononçant sur une prolongation de mise à temps partiel thérapeutique à raison de [quotité] % du temps plein à compter du [date] pour une durée de [durée], (le cas échéant – contestation de l'avis du médecin agréé)

Vu l'avis du médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie en date du [date],

Vu l'accord de la Caisse primaire d'assurance maladie autorisant le maintien des indemnités journalières d'assurance maladie pour la période du [date] au [date],

Vu l'information du médecin de prévention en date du [date],

Considérant que le service à temps partiel thérapeutique ne peut être inférieur au mi-temps,

ARRÊTE

Article 1 : M. ou Mme [Nom, Prénom], [grade] contractuel, est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique à raison de [quotité] % du temps plein, à compter du [date] pour une durée de [durée].

Article 2 : Pendant cette période, M. ou Mme [Nom, Prénom] percevra une rémunération correspondant à la quotité de travail effectuée ainsi que les indemnités journalières d'assurance maladie maintenues en tout ou partie par la CPAM.

Article 3 : 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.

Article 4 : A l'issue de la période de travail à temps partiel pour raison thérapeutique, M. ou Mme [Nom, Prénom] sera réintégré(e) de plein droit, s'il (ou elle) est apte à ses fonctions, dans son emploi à temps plein où, à défaut, dans un autre emploi conforme à son grade.

Article 5 : Le Secrétaire Général (ou le Directeur Général) 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 [commune], le [date]
Le Maire (ou le Président),

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.

Le tribunal administratif peut aussi être saisi par l'application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr

Notifié le [date]

Signature de l'agent :