**ARRÊTÉ AUTORISANT UN FONCTIONNAIRE**

**À TEMPS NON COMPLET À ACCOMPLIR UN SERVICE**

**À TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE**

(*Fonctionnaire à temps non complet non affilié à la CNRACL*)

Le Maire de **........................** ,

Le Président de **…………..** ,

Vu le code de la sécurité sociale en ses dispositions des articles L. 323-3 et R. 323 relatifs au régime du temps partiel thérapeutique pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale ;

Vu le Code Général de la Fonction Publique, notamment ses articles L.823-1 à L.823-6 ;

Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié en ses dispositions du chapitre IV relatif aux fonctionnaires à temps non complet ne relevant pas du régime de retraites de la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

(*Pour un 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 la situation de **Madame/Monsieur...................................** , classé(e) dans le grade de ………………………….. à … /35, placé(e) ;

Vu la demande initiale d’autorisation de travail à temps partiel thérapeutique présenté(e) par **Madame/Monsieur**……….. *(prénom, nom, grade, qualité*) à temps (non) complet accompagnée d’un certificat médical établi par le médecin prescrivant un temps partiel thérapeutique sur une quotité de travail de … % pour une durée de …….. mois,

**ARRÊTE**

ARTICLE 1 - À compter du **………………..** , **Madame/Monsieur……………………..……..** (*grade, qualité*), à … /35, est autorisé (e) à reprendre ses fonctions à temps partiel thérapeutique pour une période de ……………. allant jusqu'au ………………………….. inclus.

ARTICLE 2 - **Madame/Monsieur** ………… exercera ses fonctions à raison de………………% du temps de travail hebdomadaire de l’emploi occupé par l’agent (*quotité ne pouvant être inférieure à 50% du temps de travail hebdomadaire de l’emploi occupé par l’agent*).

ARTICLE 3 - Les horaires de travail de l’agent sont fixés ainsi qu'il suit pendant la période du temps partiel thérapeutique :

1. ………………………….. ,
2. ………………………….. ,
3. ………………………….. .

ARTICLE 4 - Pendant cette période, **Madame/Monsieur**………… percevra l’intégralité de son traitement, de l’indemnité de résidence, du supplément familial de traitement et de la nouvelle bonification indiciaire (à adapter en fonction de la situation de l’agent).

(*le cas échéant, se reporter à la délibération en vigueur dans la collectivité*)

L’agent percevra les primes et indemnités au prorata de la durée effective du service.

OU

L’agent percevra l’intégralité des primes et indemnités.

ARTICLE 5 - Le présent arrêté sera :

- notifié à l'agent,

- transmis au comptable de la collectivité,

- transmis au Président du Centre de Gestion.

Le Maire,

Le Président,

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

- informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux dans les 2 mois à compter de la présente notification par courrier adressé au Tribunal Administratif de Bordeaux ou par l’application Télérecours citoyen accessible à partir du site : www.telerecours.fr

Fait à **........................** ,

le ........................,

NOTIFIÉ À L'AGENT LE : Le Maire,

(*date et signature*) Le Président,

(\*) La durée du temps partiel thérapeutique ne peut excéder 1 an.