**ARRÊTÉ PORTANT RÉINTÉGRATION D’UN FONCTIONNAIRE RELEVANT DU RÉGIME SPÉCIAL DE SÉCURITÉ SOCIALE APRÈS UNE PÉRIODE DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE**

**PENDANT UNE PÉRIODE DE FORMATION**

Le Maire/Président de ,

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

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,

Considérant la situation de Madame/Monsieur.………………………….….., ………………………….. *(prénom, nom, grade, qualité)*  à temps non complet autorisé(e) à accomplir un service à temps partiel thérapeutique à ………….%du temps plein entre le………………………………………..et le…………………………………………………… ;

Considérant le courrier de l’agent demandant à suivre une formation du ……….. au ………. ;

Considérant le **certificat médical attestant que le suivi de cette formation est compatible avec son état de santé.**

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1** : À compter du ……………………. et jusqu’au ……………, l'autorisation d'accomplir son service à temps partiel pour raison thérapeutique est suspendue.

Madame/Monsieur……………….*(prénom, nom, grade, qualité)* est réintégré(e) dans ses fonctions à temps plein.

**ARTICLE 2** : À compter du ……………………., Madame/Monsieur……………….*(prénom, nom, grade, qualité)* à temps (non) complet reprendra ses fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique dans les conditions prévues par l’autorisation du ……………. .

**ARTICLE 3** : 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 pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Bordeaux, par courrier ou par voie dématérialisée (via l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr) dans un délai de 2 mois à compter de sa notification.

Fait à………………………………….,

Le……………………………….,

NOTIFIÉ À L'AGENT LE : Le Maire,

(*date et signature*) Le Président,