ARRETE PORTANT REINTEGRATION A L’ISSUE D’UN CONGE POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE (CITIS)

**De Madame (ou Monsieur)**

*(Fonctionnaire affilié au régime spécial de sécurité sociale – CNRACL)*

Le Maire (le Président),

Vu le code général de la fonction publique, et notamment ses articles L.822-18 à L.822-25 et L.822-27 à L.822-30 ;

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 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, notamment ses articles 37-1 à 37-20 ;

Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 relatif aux agents stagiaires de la fonction publique territoriale ; (Le cas échéant pour un stagiaire)

Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet, (Le cas échéant pour un fonctionnaire à temps non-complet ≥ 28 h) ;

Vu l’arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière ;

Vu l’arrêté en date du … fixant la dernière situation administrative de Madame (ou Monsieur), au grade……… … échelon, IB…, IM… avec une ancienneté de … ;

Vu l’arrêté en date du ……….plaçant Madame (ou Monsieur) en congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) pour la période du … au … ;

*Le cas échéant :*

Vule certificat final de guérison ou de consolidation (1) délivré par le docteur …….… en date du ………, mettant fin à l’accident *(ou la maladie professionnelle)* et autorisant Madame (ou Monsieur)……………… à reprendre ses fonctions à compter du ……….

*Ou*

Vu les conclusions du docteur ………………., médecin agréé de la Fonction Publique Territoriale, fixant la date de consolidation (2) (ou de guérison) au …………….

*Le cas échéant*

Vul’avis du conseil médical en formation restreinte en date du …………… se prononçant…………………………….;

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

Madame (ou Monsieur)……………… né(e) le …, est réintégré*(e)* dans ses fonctions à compter du ………..

**Article 2 :**

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 dans un délai de 2 mois à compter de sa notification. Le Tribunal Administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Fait à ........................ ,

 Le ........................,

 NOTIFIÉ À L'AGENT LE : Le Maire,

(date et signature) Le Président,

1. En cas de consolidation avec séquelles, l’autorité territoriale devra saisir un médecin agréé afin qu’il évalue le taux d’Incapacité Permanente Partielle (IPP) – Si ce taux est supérieur à 10 % pour un accident de service /de trajet, supérieur à 1% pour une maladie professionnelle figurant dans les tableaux de la sécurité sociale ou supérieur à 25 % pour les maladies hors tableaux, l’autorité territoriale devra en vue de l’attribution d’une allocation temporaire d’invalidité (ATI), saisir le conseil médical en formation restreinte
2. Le médecin agréé devra déterminer s’il existe des séquelles et en évaluer le taux (IPP) - Si ce taux est supérieur à 10 % pour un accident de service /de trajet, supérieur à 1% pour une maladie professionnelle figurant dans les tableaux de la sécurité sociale ou supérieur à 25 % pour les maladies hors tableaux, l’autorité territoriale devra en vue de l’attribution d’une allocation temporaire d’invalidité (ATI), saisir le conseil médical en formation restreinte