**Arrêté n°20…\_... PORTANT SUR LA MISE EN CONGE DE MALADIE ORDINAIRE En l’attente de la décision d’imputabilité de la CPAM (PLEIN OU DEMI-TRAITEMENT)**

***(Fonctionnaire à temps non complet < 28 heures)***

**De M/Mme …………………………………………, ………………………………………. *(grade)***

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

Vu le code général de la fonction publique,

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,

***(le cas échéant, si agent à temps non complet)*** 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,

Vu le certificat médical initial de constatation au titre d’un accident de travail en date du ………………….., établi par le DR ………………..……… et fixant un arrêt de travail à ce titre du …………………….. au ……………………. ***(le cas échéant, préciser les dates de prolongation)***,

Considérant qu’il appartient à la CPAM de se prononcer sur le caractère du risque professionnel du sinistre,

Considérant qu’en l’attente l’agent doit être placé en maladie ordinaire,

ARRETE

Article 1 :

M/Mme ........................ est placé(e) en congé de maladie ordinaire ***(plein ou demi-traitement****)*, à compter du .......……................, pour une période de ………….....................

Jour de carence le :

Article 2 :

M/Mme ........................ percevra ...................................... ***(l’intégralité ou la moitié)*** du traitement afférent à l’Indice Brut ......, Indice Majoré ......, sur la base de .......... heures hebdomadaires pendant la période d’arrêt de travail du .......……................ au .…....................., déduction faites des indemnités journalières de la sécurité sociale.

Article 3 :

Le présent arrêté est notifié à l'intéressé(e) et une ampliation adressée à Monsieur le Président du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale et à Monsieur le Receveur Municipal.

Fait à le ………………20…

L’autorité Territoriale,

(nom et prénom lisibles/signature)

L’autorité Territoriale,

- 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 Châlons en Champagne dans un délai de deux mois à compter de la présente notification :

*Ce recours peut être déposé : directement à l’accueil de la juridiction, par voie postale (de préférence en RAR) ou par l’application Télérecours citoyens accessible par le site www.telerecours.fr.*

- Notifié à l'intéressé(e), le

* Visa de l'intéressé (e),