**Arrêté n°…\_... D’ATTRIBUTION D’UN TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE de ……………………………, grade ……………………………….**

***(Agent à temps non complet – de 28H00 relevant du régime général)***

Le Maire (*ou Le président*) de……

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu le Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L323-3 et R.323-3,

Vu le Code général de la fonction publique,

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,

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 décret n°2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel thérapeutique dans la fonction publique,

(*Le cas échéant*), Vu l'arrêté en date du ……………….. plaçant M/Mme….…… (*nom de l’agent + grade (X/35ème))* en position de congé ………….(*préciser la nature du congé*) du…………… au………………….,

Vu la demande écrite présentée par M/Mme….………….. , …………. (*grade*) le………………., sollicitant une reprise à temps partiel thérapeutique à raison de………. % du temps de travail à l’issue du congé précité,

Vu le certificat médical du médecin traitant en date du………….., précisant la quotité de temps de travail, la durée et les modalités d’exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique,

(*Le cas échéant*) Vu l’avis favorable émis par le conseil médical à la reprise du service de l’intéressé(e) (\*),

Vu l’avis favorable de la collectivité à la reprise à temps partiel thérapeutique de M/Mme……….………….. et fixant l’organisation du travail ainsi qu’il suit : *(préciser l’organisation)*

Vu l’avis du médecin du travail de la collectivité lors de la visite en date du……….. soit……… (*préciser le cas échéant les restrictions*),

(*Le cas échéant*), Vu l’avis du médecin-conseil de la CPAM,

(*Le cas échéant*, *en cas de prolongation au-delà de 3 mois*), Vu l’avis du médecin agréé en date du …………………

*(Le cas échéant, en cas de contestation de l’avis du médecin agréé)* Vu l’avis du Conseil médical endate du ………………………. se prononçant sur la reprise à temps partiel thérapeutique à raison de …….. % du temps plein de M./Mme …………………………, à compter du ………………………,

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

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter du…………., M/Mme……………………, (*nom de l’agent et grade)* est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique, à raison de ……….. % de la durée hebdomadaire de service initial, pour une durée de………….

**Article 2 :**

Durant cette période, l'intéressé(e) devra respecter les restrictions suivantes :

**Article 3 :**

Le service de M/Mme………………..(*nom de l’agent)* sera effectué ainsi qu’il suit :

* (Préciser jours travaillés et horaires)

**Article 4 :**

Le traitement de l’intéressé(e) sera calculé au prorata du nombre d’heures réellement accomplies (soit .…/35ème) et complété par les indemnités journalières de la sécurité sociale (CPAM) à laquelle une attestation de salaire mensuelle sera transmise à terme échu.

*(Le cas échéant, la collectivité sollicitera une demande de subrogation auprès de la CPAM)*

**Article 5 :** Le Maire est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressée :

* Au Président du Centre de Gestion de l’Aube,
* Au comptable de la collectivité.

 Fait à.………………………….., le…………………….

 Autorité territoriale,

Le Maire (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.

Parvenu en Préfecture, le........................................................

Notifié à l'intéressé(e), le ........................................................

Visa de l'intéressé(e)

*(\*) Réglementairement, le conseil médical doit être obligatoirement saisi sur l’aptitude à la reprise suite à un congé sans traitement, et un congé de grave maladie.*