**ARRÊTÉ N° 202./......**

**PORTANT RENOUVELLEMENT**

**DE TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE** **au-delà de trois mois**

**(Stagiaires / titulaires CNRACL > ou = à 28heures)**

**M ....................................., emploi ......................................,**

**Le Maire *(ou Le président)* de .................................................,**

**Vu** le Code général de la Fonction publique,

**Vu** le décret n°60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial,

**Vu** le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26-01-1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

Vu le décret n°2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la Fonction Publique Territoriale,

*(À mentionner si l’agent est à temps non complet)* **Vu** le décret n° 91-298 du 20.03.91 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

*(A mentionner si l’agent est stagiaire)* **Vu** le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

**Vu** la demande écrite de M…… sollicitant un renouvellement de temps partiel thérapeutique,

**Vu** le certificat médical du …………….…., *(obligatoire)* précisant la quotité de temps de la quotité de temps de travail (50, 60, 70, 80 ou 90%), la durée et les modalités d'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique prescrites

**Vu** l’avis du médecin agréé en date du *………, (avis obligatoire pour la période de renouvellement* *au-delà de trois mois)* précisant la justification médicale, la quotité de travail sollicitée et la durée de travail à temps partiel pour raison thérapeutique demandée,

Vu l’avis du conseil médical *(si contestation des conclusions du médecin agréé)*,

***ARRETE***

**ARTICLE 1 :** Le temps partiel thérapeutique de M ............... est renouvelé à compter du ………………… pour une durée de ……………… (3 mois maximum)

**ARTICLE 2 :** Pendant cette période, l’agent effectuera son service à.............% et percevra l’intégralité de son traitement afférent au ......échelon de son grade, indice brut ......., indice majoré ……ainsi que l’intégralité de l’indemnité de résidence et du supplément familial. Le montant des primes et indemnités est calculé au prorata de la durée effective du service.

**ARTICLE 3 :** Le présent arrêté sera :

* Notifié à l'intéressé,
* Transmis au comptable de la collectivité,
* Transmis au Président du Centre de Gestion

 **Fait à …………………….. Le ………………** (signature de l’autorité territoriale)

**Notifié à l’agent le :**

**(date et signature)**

Le Maire ***(ou 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 dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.