ARRÊTÉ

DE RENOUVELLEMENT DU TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE

DE M ..................................

*GRADE*

Le Maire *(ou le Président)* de …………..……,

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,

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

Vu la demande de renouvellement de travail à temps partiel thérapeutique présentée le ………… par M ………………., accompagnée d’un certificat médical indiquant la quotité de temps de travail, la durée et les modalités d'exercice des fonctions à temps partiel thérapeutique,

*(Le cas échéant, car avis facultatif dès lors que le temps partiel thérapeutique ne dépasse pas une durée de 3 mois, renouvellement inclus mais obligatoire dès lors qu’on dépasse une durée totale de 3 mois)* Vu l’avis du médecin agréé en date du ………, précisant la justification médicale, la quotité de travail sollicitée et la durée de travail à temps partiel pour raison thérapeutique demandée,

Vu l’information faite auprès du médecin de Prévention en date du …………,

Considérant que M ……………… a déjà bénéficié d’un temps partiel thérapeutique du ………. au …………,

**ARRÊTE**

ARTICLE 1 : A compter du ……………, le temps partiel thérapeutique de M ………………. , est renouvelé à raison de ………% *(50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)* de la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein, pour une durée de …………… *(1 à 3 mois)*, soit jusqu’au ……………….. inclus.

**ARTICLE 2** : Durant cette période M ………………. percevra l'intégralité de son traitement et du supplément familial de traitement.

**ARTICLE 3** : Le Directeur Général des services est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'intéressé(e) et dont ampliation sera transmise au :

- Président du Centre de Gestion,

- Comptable de la Collectivité.

Fait à …………… le …………….,

Le Maire *(ou le Président)*,

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 d’Orléans dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

Notifié le ...................

Signature de l’agent :