**ARRETE PORTANT PROLONGATION DE L’AUTORISATION D’ACCOMPLIR UN SERVICE À TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE**

 **POUR UN FONCTIONNAIRE RELEVANT DU RÉGIME SPÉCIAL DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Le Maire de ,

Le Président de ,

Vu le Code Général de la Fonction Publique, notamment ses articles L.823-1 à L.823-6 ;

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié 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 ;

*(Pour un fonctionnaire stagiaire)* Vu le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

Considérant que Madame/Monsieur ……………….. *(prénom, nom, grade, qualité)*  à temps (non) complet, a été placé(e) en temps partiel thérapeutique du ………………. au ……………………….. inclus ;

Considérant la demande de prolongation d’autorisation de travail à temps partiel thérapeutique présenté(e) par Madame/Monsieur……………… accompagnée d’un certificat médical établi par le médecin prescrivant un temps partiel thérapeutique sur une quotité de travail de … % pour une durée de …….. mois,

(si prolongation au-delà d’une période de trois mois) Considérant l’avis émis par le Dr ………………………, médecin agréé, en date du ………………………….. ;

(le cas échéant) Considérant l’avis émis par le Conseil médical en date du ………………………….. ;

Considérant que l’état de santé de Mme/M. ………………..nécessite une poursuited’activité à temps partiel thérapeutique à raison de …….% de sa durée normale de service / ou du travail hebdomadaire de l’emploi occupé par l’agent,

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1** : Du ………………….. au ……………………… inclus *(période d’un à trois mois, renouvelables dans la limite d’un an)*, Madame/Monsieur ………………………… *(prénom, nom, grade, qualité)* à temps (non) complet, est prolongé(e) dans ses fonctions en temps partiel thérapeutique.

**ARTICLE 2** : Madame/Monsieur…………exercera ses fonctions à raison de………………% du temps de travail hebdomadaire de l’emploi occupé par l’agent *(quotité ne pouvant être inférieure à 50% du temps de travail hebdomadaire de l’emploi occupé par l’agent)*.

**ARTICLE 3** : Pendant cette période, Madame/Monsieur………… percevra l’intégralité de son traitement, de l’indemnité de résidence, du supplément familial de traitement et de la nouvelle bonification indiciaire (*à adapter en fonction de la situation de l’agent*).

(le cas échéant, se reporter à la délibération en vigueur dans la collectivité)

L’agent percevra les primes et indemnités au prorata de la durée effective du service.

**OU**

L’agent percevra l’intégralité des primes et indemnités.

**ARTICLE 4** : 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 par courrier ou par voie dématérialisée via l’application informatique « Télérecours Citoyens »( accessible par le site internet www.telerecours.fr. : www.telerecours.fr) dans un délai de 2 mois à compter de sa notification.

Fait à………………………………….,

Le……………………………….,

NOTIFIÉ À L'AGENT LE : Le Maire,

(*date et signature*) Le Président,