**ARRETE PLACANT**

 **M………….(grade)**

 **EN DISPONIBILITE D’OFFICE A TITRE CONSERVATOIRE A L’EPUISEMENT DES DROITS A CONGE DE MALADIE**

**AVEC MAINTIEN A TITRE DEROGATOIRE DU DEMI-TRAITEMENT**

**DANS L’ATTENTE DE L’AVIS DU COMITE MEDICAL/DE LA COMMISSION DE REFORME**

 (Fonctionnaire CNRACL ou IRCANTEC)

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

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales,

Vu la loi n° 83-634 du 13 Juillet 1983 modifiée, relative aux droits et obligations des fonctionnaires, et notamment son article 21,

Vu la loi n° 84-53 du 26 Janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale, et notamment son article 57-2°al1, 57-3°, 57-4°, 72 et 119-II,

Vu le décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux,

Vu le décret n° 87-602 du 30 Juillet 1987 modifié, relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(Si fonctionnaire à temps non complet + 28 heures)*

*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 l’arrêté en date du ……… plaçant M………en congé de (CMO, CLM, CLD) du……au……prolongé du ……au……(viser les arrêtés de prolongation),

Considérant que M ................................................... a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie (*préciser la nature du congé de maladie) en date du ……………………*

Considérant la procédure engagée auprès du Comité Médical (ou de la Commission de réforme) en date du……….. en vue d’obtenir un avis sur la situation médico-administrative de M…….

Considérant qu’il convient de maintenir à l’agent le bénéfice d’un demi-traitement, dans l’attente de l’avis du comité médical (ou de la Commission de réforme),

***ARRETE***

ARTICLE 1 : M……………, né(e) le ………………, (grade),à *temps complet ou à temps non complet* à raison de …heures hebdomadaires, est placé(e) en position de disponibilité d’office pour inaptitude physique à compter du………….

ARTICLE 2 : Cette mise en disponibilité d’office est prononcée à titre conservatoire dans l’attente de la procédure de mise en congé de longue maladie, de reprise du service, de reclassement, de mise en disponibilité d’office pour raison de santé, ou d’admission en retraite pour invalidité. (*ne laisser le cas échéant que la mention correspondant à la situation de l’agent*).

ARTICLE 3 : le paiement du demi traitement versé à M................................ (précisez le grade) est maintenu, à titre dérogatoire, à l’issue de ses droits à congé de maladie (préciser la nature),soit à compter du .................................... et ce, jusqu'à la date de la décision de mise en congé de longue maladie, de reprise du service, de reclassement, de mise en disponibilité d’office pour raison de santé ou d’admission en retraite pour invalidité. (*ne laisser le cas échéant que la mention correspondant à la situation de l’agent*).

ARTICLE 4 : M................................ percevra la moitié de son traitement (...échelon, indice brut ........., indice majoré ........, échelle ..............). Ce traitement sera assujetti aux prélèvements sociaux. La période de maintien du demi-traitement n’entrera pas dans le décompte de la constitution du droit à pension.

ARTICLE 5 : La situation définitive de M……….. sera fixée dès réception de l’avis attendu. La décision administrative qui interviendra à l’issue de la procédure, sera rétroactive afin de placer M. …………. dans une position régulière.

ARTICLE 6 : Le Directeur Général des services *(le Secrétaire de Mairie ou le Directeur)* est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l'intéressé(e).

Ampliation adressée au :

- Président du Centre de Gestion,

- Comptable de la collectivité.

Fait à …… le …….,

Le Maire (ou le Président),

*(prénom, nom lisibles et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles 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.

Notifié le ............................

Signature de l’agent :