**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC TERRITORIAL…………………

Arrêté de mise en congé de maladie ordinaire à demi traitement d’un fonctionnaire stagiaire ou titulaire

*(Temps non complet - durée hebdomadaire < 28 h/s)*

Le Maire **OU** Le Président ;

VU Le Code général de la fonction publique et notamment ses articles L 822-1 à L 822-5 ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

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° ;

Vu la loi n° 2017-1837 du 31 décembre 2017 de finances pour 2018 en son article 115 ;

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 et notamment ses articles 14 et 15 ;

VU le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet et notamment son article 35 ;

(*le cas échéant*) VU le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 modifié fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale et notamment son article 7 *;*

VU le*(s)* certificat*(s)* médical*(aux)* présenté*(s)* par M……………………………………………(médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) ;

CONSIDÉRANT qu'au cours de la période de douze mois précédant le premier jour du nouveau congé, M………………………………………………a déjà bénéficié de diverses périodes de congés de maladie ordinaire, à savoir :

- du ………………… au ………………………….., soit ……. jours à (*plein ou demi-traitement*),

- du………………… au ……………………………, soit ……. jours à *(plein ou demi-traitement*),

- du………………… au ……………………………, soit ……. jours à (*plein ou demi-traitement*),

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er :*** M *(nom-prénom-grade-qualité : fonctionnaire titulaire ou stagiaire)* …………....……… ………………………………………………. est placé(e) en congé de maladie ordinaire pour une durée de ……….. jours, du ………………………. au …………………………..

***ARTICLE 2 :*** Pendant ce congé, M………………………………………………….. percevra la moitié de son traitement du…………………………. au …………………………. Le supplément familial de traitement ainsi que l'indemnité de résidence lui seront versés intégralement pendant la période où il sera rémunéré à demi-traitement *(le cas échéant).*

Une journée de carence sera appliquée le……..…….. en application de l’article 115 de la Loi de finances n°2017-1837 du 30 décembre 2017 *(Le cas échéant, sauf exceptions article 115 notamment prolongation du congé)*. Si l’arrêt est en rapport avec une affection longue durée une seule journée de carence sera appliquée par période de 3 ans.

***ARTICLE 3 :*** Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé*(e)*.

Ampliation sera adressée au :

* Comptable de la collectivité *(ou de l'établissement)*.

Fait à ………………….., le …………………….,

Le Maire **OU** Le Président

*(porter les prénom et nom de l'autorité territoriale)*

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 contentieux devant le tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Notifié le …………………………….,

Signature de l'agent