**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

Arrêté de mise en congé de grave maladie ou de prolongation de congé de grave maladie

*(Agents contractuels de droit public)*

Le Maire **OU** Le Président ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

VU le décret n° 88-145 du 15 février 1988 modifié relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, et notamment ses articles 8 et 28 ;

VU les certificats médicaux présentés par M ……..………………………………………… ;

CONSIDERANT que M…………………….………………, employé*(e)* de manière continue, totalise plus de 3 ans d'ancienneté ;

CONSIDÉRANT que par un avis en date du ……………………, le comité médical départemental s'est prononcé sur la mise *(****OU*** *la prolongation)* du congé de grave maladie de M………………..……………… pour une période de …………………mois, à compter du ……………………………… ;

CONSIDÉRANT que M………………………………………………… n'a bénéficié d'aucun congé de grave maladie au cours des douze derniers mois ;

**OU**

CONSIDÉRANT que M………………………………………………….. a déjà bénéficié d'un congé de grave maladie pour une période de ……………….. mois, du …………………………. au ………………………………. ;

**OU**

CONSIDÉRANT que M…………………………………………………. est actuellement placé*(e)* en congé de grave maladie depuis le …………………………………….. ;

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er :*** M. *(nom-prénom-grade)*……………….………………………………………..….., agent contractuel, est placé(e) *(****OU*** *est maintenu(e))* en congé de grave maladie du ……………………….. au ………………………. inclus.

***ARTICLE 2 :*** Pendant cette période, M………………………………………….. percevra la totalité de son traitement (***OU*** *sera rémunéré à demi-traitement).* Le supplément familial de traitement ainsi que l'indemnité de résidence lui seront versés intégralement (*le cas échéant).*

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

Ampliation sera adressée aux :

* Président du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Morbihan.
* 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