**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

Arrêté de non-reconnaissance d’imputabilité au service d’un accident ou d’une maladie

Le Maire **OU** Le Président ;

Vu le Code général de la fonction publique et notamment ses articles L 822-18 à L 822-25,

(le cas échéant, pour maladie hors tableau) Vu le Code de la sécurité sociale et notamment son article R 461-8,

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 comités médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et notamment son titre VI bis,

Vu la déclaration d’accident de service / d’accident de trajet / de maladie professionnelle en date du .................…. présentée par l’agent,

Vu le certificat médical en date du ....…. fixant la date de l’accident du travail / de l’accident de trajet / de la maladie professionnelle au ………………..…. déclaré et prescrivant un arrêt de travail du ....…. au ....…. (le cas échéant),

(*Le cas échéant*) Vu l’expertise réalisée par le Dr …………… en date du ................;….,

OU

Vu l’avis du Conseil médical en formation plénière en date du ……………………....…. ,

VU la non reconnaissance par la collectivité de l’imputabilité au service de l’accident de service ou l’accident de trajet ou la maladie professionnelle pour le motif suivant …………….……. (motif à préciser impérativement par la collectivité),

# A R R Ê T E

***Article 1er***

L’accident survenu le...........................…. et déclaré le ………………...….. (la maladie déclarée le ........................….) est reconnu (e) non imputable au service.

***Article 2***

(*en cas d’arrêt*) M. ……………………………. est placé en congé de maladie ordinaire à compter du …………..

***Article 3***

Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé.

 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