|  |  |
| --- | --- |
| Logo Collectivité | **Arrêté de placement en congé de solidarité familiale****N°…….** |

Le Maire (*ou le Président*) de ……………………………………………………………………………

Vu le code général de la fonction publique, notamment ses articles L.633-1 à L.633-4 du CGFP ;

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L.1111-6,

(*le cas échéant si contractuel*) Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale

(*Le cas échéant si 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

Vu le décret n° 2013-67 du 18 janvier 2013 relatif au congé pour solidarité familiale et à l'allocation d'accompagnement des personnes en fin de vie pour les fonctionnaires relevant de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Vu la demande écrite de M/Mme… en date du… sollicitant le bénéfice d’un congé de solidarité familiale à compter du …

Considérant que le congé de solidarité familiale est accordé de droit par périodes de trois mois renouvelables une fois, pour une durée totale de six mois,

Considérant que le congé de solidarité familiale ne peut pas être imputé sur la durée du congé annuel,

Considérant qu’un ascendant, un descendant, un frère, une sœur de M/Mme…………., ou une personne partageant le même domicile ou ayant désigné M/Mme…………..comme personne de confiance, souffre d’une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d’une affection grave et incurable quelle qu'en soit la cause.

**ARRÊTE**

**Article 1** : A compter du …………M/Mme……………… est placé(e) en congé de solidarité familiale pour une durée de………(maximum trois mois) à compter du ……………

OU

A compter du …………M/Mme……………… est placé(e) en congé de solidarité familiale :

* du …………au ……………(*au moins sept jours consécutifs*)
* du …………au ……………(*au moins sept jours consécutifs*)
* du …………au ……………(*au moins sept jours consécutifs*)

La durée totale des périodes fractionnées ne dépasse pas six mois.

OU

A compter du …………M/Mme……………… est placé(e) en congé de solidarité familiale à temps partiel à raison de …% (*quotité de temps de travail égale à 50%, 60%, 70% ou 80% du temps plein*) de son temps de travail.

**Article 2** : (*le cas échéant pour un fonctionnaire CNRACL*) Pendant cette période, M/Mme……… ne percevra aucune rémunération. L’allocation journalière d’accompagnement d’une personne en fin de vie lui sera versée par ………………(la collectivité) si une demande de versement de l’allocation est faite et indique le nombre de journées d’allocation demandées, les noms et prénoms le numéro de sécurité sociale, l’attestation du médecin ainsi que le nom de l’organisme de sécurité sociale dont relève la personne accompagnée, (*le cas échéant*) le nom des autres bénéficiaires de l’allocation ainsi que la répartition entre les bénéficiaires.

(*le cas échéant pour un fonctionnaire IRCANTEC / Contractuel*) Pendant cette période, M/Mme……… ne percevra aucune rémunération. L’allocation journalière d’accompagnement d’une personne en fin de vie lui sera versée par la caisse d’assurance maladie du régime général si une demande de versement de l’allocation est faite et indique le nombre de journées d’allocation demandées, les noms et prénoms le numéro de sécurité sociale, l’attestation du médecin ainsi que le nom de l’organisme de sécurité sociale dont relève la personne accompagnée, (*le cas échéant*) le nom des autres bénéficiaires de l’allocation ainsi que la répartition entre les bénéficiaires.

Les services effectués en congé de solidarité familiale sont assimilés à une période de service effectif.

**Article 3** : Le congé de solidarité familiale prend fin soit à l'expiration de la période accordée

soit, en cas de décès de la personne accompagnée, dans les trois jours qui suivent ce décès soit à une date antérieure, à la demande de l’agent.

**Article 4** : Le directeur général des services est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressée aux/au/à la :

* Comptable de la collectivité (*ou de l’établissement)*
* *Président(e) du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Morbihan (pour les arrêtés relatifs au déroulement de la carrière)*
* Préfet du Morbihan **OU** au Sous-Préfet chargé de l'arrondissement de …………………… (pour les décisions individuelles relatives à la nomination, au recrutement, y compris le contrat d'engagement, et au licenciement des agents non titulaires, à l'exception de celles prises pour faire face à un besoin lié à un accroissement temporaire ou saisonnier d'activité, en application de l'[article L. 332-23 du code général de la fonction publique](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000044416551&idArticle=LEGIARTI000044421930&dateTexte=&categorieLien=cid))

 Fait à………………………,

 le……………………………

 Prénom, nom et qualité du signataire,

|  |
| --- |
| 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 de Rennes (par voie postale au 3 contour de la Motte - 35000 RENNES ou par voie dématérialisée via l’application « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.  Notification faite le ……………………………..Signature de l’agent : |