**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

*(Fonctionnaires titulaires ou stagiaires affiliés à l’IRCANTEC)*

Le Maire **OU** Le Président ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

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, et notamment son article 36 ;

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

CONSIDÉRANT que par un avis en date du …………………… le comité médical départemental s'est prononcé pour la mise (***OU*** *la prolongation*) en 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-qualité : fonctionnaire titulaire ou stagiaire)* …….…………… ……………..…..….. est placé*(e)* (**OU** *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(e) à demi-traitement).* Le supplément familial de traitement ainsi que l'indemnité de résidence lui seront versés intégralement *(le cas échéant).*

***ARTICLE3***  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