**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

Arrêté portant reprise de fonction à temps partiel pour raison thérapeutique

*(Fonctionnaires CNRACL)*

Le Maire **OU** Le Président ;

Vu l’ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique et notamment ses articles 9, 13 et 14 ;

Vu le Code général de la fonction publique et notamment ses article L823-1 à L 823-6 ;

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 1er à 9, 37-1 et suivants ;

Vu le décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel thérapeutique dans la fonction publique territoriale ;

Vu la demande écrite de l’agent ;

Vu le certificat médical du médecin traitant, en date du …………………………, se prononçant pour une mise à temps partiel pour raison thérapeutique, pour une quotité de ….… (*50%, 60%, 70%, 80% ou 90%*) et une durée de ……..… (*de un à trois mois*),

Vu l’information du médecin de prévention en date du ………………….,

(*le cas échéant*) Vu l’avis du conseil médical (*comité médical ou commission de réforme, dans l’attente du texte instituant le conseil médical*) sollicité en contestation de l’avis rendu par le médecin agréé dans le cadre d’un contrôle du temps partiel thérapeutique,

(*le cas échéant*) Considérant que M ……………….… a été placé en position d’activité ou détachement pendant au moins un an depuis le terme de ses droits à exercer un service à temps partiel thérapeutique précédent,

(*le cas échéant*) Considérant que l’agent a été placé en congé de maladie ordinaire ou en congé de longue maladie ou un congé de longue durée ou en congé d’invalidité temporaire imputable au service depuis le ………………, pour une durée de ………………….…,

Considérant que le temps partiel thérapeutique prend effet à la date de réception de la demande,

**OU**

Considérant l’avis du conseil médical sur la réintégration après un congé pour raison de santé,

(*le cas échéant*) Considérant le procès-verbal en date du……………… du comité médical départemental (*OU de la commission de réforme*) se prononçant favorablement pour l'accomplissement d'un service à temps partiel pour raison thérapeutique d'une durée de……………… mois à compter du……………………… ;

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er*** : A compter du …………….…, M …………………..…, (*grade*)……………………………, est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique à raison de …..… (*50%, 60%, 70%, 80% ou 90%*) du temps complet (*ou du temps non complet*), pour une durée de …….… (*de un à trois mois*),

(*le cas échéant*) Il est mis fin à l’exercice des fonctions à temps partiel de droit commun accordé le ………………………..

***ARTICLE 2*** : Pendant cette période, l'intéressé(e) percevra l'intégralité de son traitement, de son indemnité de résidence, du supplément familial de traitement, de sa nouvelle bonification indiciaire et de son régime indemnitaire (*selon la délibération relative au RIFSEEP*).

***ARTICLE 3*** : Avant le terme de cette autorisation, le fonctionnaire pourra à sa demande :

- modifier la quotité de travail ou y mettre fin sur présentation d’un certificat médical ;

- y mettre fin s’il se trouve depuis plus de 30 jours en congé pour raisons de santé ou en congé pour invalidité temporaire imputable au service.

Cette autorisation sera interrompue en cas de placement en congé de maternité, de congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou de congé d'adoption.

***ARTICLE 4*** : L’autorité territoriale pourra y mettre fin de manière anticipée en cas de refus du fonctionnaire de se soumettre à l’examen demandé par l’autorité territoriale auprès d’un médecin agréé ou au vu des conclusions de celui-ci qui pourront être contestées auprès du conseil médical.

***ARTICLE 5*** : Cette autorisation qui cessera de plein droit à son terme, pourra être renouvelée dans la limite d’un an selon la même procédure et sous réserve, au-delà de 3 mois, d’un examen par un médecin agréé.

***ARTICLE 6*** : 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