**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

Arrêté de placement en congé pour invalidité temporaire imputable au service – fonctionnaire à temps non complet

*(Temps < 28 h/s)*

Le Maire **OU** Le Président ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale,

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 le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié, portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois à temps non complet et notamment son article 37,

Vu le décret n° 2019-301 du 10 avril 2019 relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service dans la fonction publique territoriale,

Vu la déclaration d’accident de service / d’accident de trajet / de maladie professionnelle en date du ………….…. présentée par l’agent (formulaire précisant les circonstances de l’accident / de la maladie transmis dans les 48h, le cas échéant par voie dématérialisée + certificat médical indiquant la nature, le siège des lésions résultant de l’accident / de la maladie et le cas échéant la durée de l’arrêt de travail), reçue par la collectivité le ………….….,

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 …………... et prescrivant un arrêt de travail du ……..…. au …………….. (*le cas échéant*),

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

Vu l’avis favorable de l’organisme de Sécurité Sociale (*CPAM, autre le cas échéant*) en date du ……..,

# A R R Ê T E

**ARTICLE 1er** : M. (*grade*), ………………….…………… né(e) le ……………. est placé (e) en congé pour invalidité imputable au service du …………….…. au ……………..…., soit ……. jours.

**ARTICLE 2** : Pendant la durée de l’arrêt, M………………… bénéficiera du maintien de son plein traitement (*et, le cas échéant, SFT et NBI*). Le régime indemnitaire évolue en fonction de la décision prise par la collectivité dans sa délibération relative au RIFSEEP.

**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