**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

Arrêté de mise en disponibilité d’office pour raison de santé ou de prolongation

*(Fonctionnaires titulaires à temps non complet affiliés à l’IRCANTEC)*

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 conseils médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;

Vu le décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 modifié, relatif aux positions de détachement, de disponibilité, de congé parental, des fonctionnaires territoriaux et à l’intégration ;

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 40 ;

*(le cas échéant)* VU l'arrêté en date du …………………………….. plaçant M……………………………. en disponibilité d'office pour raison de santé du……………………. au……………………………… ;

Considérant que par un avis en date du …………………………….le conseil médical départemental s'est prononcé pour la mise *(****OU*** *la prolongation)* en disponibilité d'office pour raison de santé de M ……………………………….. pour une période de ………. mois à compter du ………………………….. ;

Considérant que M……………………………………………… a épuisé ses droits à congé de *(maladie ordinaire* ***OU*** *grave maladie)*, et qu'un reclassement n'a pas été possible ;

# A R R Ê T E

***Article 1***

M *(nom-prénom-grade) ..*………………………….……………………………………est placé*(e)* *(****OU*** *maintenu(e))* en disponibilité d'office pour raison de santé pour une durée de ………… mois, du ……………………………… au ………………………….. inclus.

***Article* 2**

Pendant cette période l'intéressé*(*e) ne percevra aucun traitement.

 ***Article 3***

Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e).

Ampliation sera adressée au :

* 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