**ARRÊTÉ N° 20../.....**

**PLACANT EN CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE**

**M .....................................,**

**Le Maire (ou Le Président) de.................................................**

**Vu** la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale et notamment le 10° de l’article 57

*(Le cas échéant)***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… 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 période de 3 mois renouvelable une fois

**Considérant** qu’il y a lieu d’accéder à la requête de l’agent

ARRÊTE

**ARTICLE 1 :** A compter du …………M……………… est placé(e) en congé de solidarité familiale pour une durée de……… à compter du ……………

**OU**

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

* du …………au ……………
* du …………au ……………
* du …………au ……………

**OU**

A compter du …………M……………… est placé(e) en congé de solidarité familiale à temps partiel à raison de …% de son temps de travail.

**ARTICLE 2 :** Pendant cette période, M……… ne percevra aucune rémunération. L’allocation journalière d’accompagnement d’une personne en fin de vie lui sera versée par ………………*(la collectivité ou la caisse d’assurance maladie)*

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 à l'expiration de la période accordée, dans les 3 jours qui suivent le décès de la personne accompagnée ou à la demande de l’agent

**ARTICLE 4 :** Le présent arrêté sera :

* Notifié à l'intéressé,
* Transmis au comptable de la collectivité,
* Transmis au Président du Centre de Gestion

**Fait à …………………….. Le ………………** (signature de l’autorité territoriale)

**Notifié à l’agent le :**

**(date et signature)**

*Le Maire (ou Le Président) certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte. La présente décision peut faire l’objet, dans un délai de deux mois à compter de sa publication et/ou notification, d’un recours contentieux par courrier adressé au Tribunal administratif de Rennes 3, Contour de la Motte, CS 44416, 35044 Rennes Cedex, ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site* [*www.telerecours.fr*](http://www.telerecours.fr)*.*