**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 à temps non complet)*

Le Maire **OU** Le Président ;

Vu le Code de la sécurité sociale et notamment son article L 323-3 ;

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 articles L 823-1 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 13-1, 13-2 al. 2, 13-7 à 13-12 ;

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 34-1 ;

Vu le décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel thérapeutique dans la fonction publique territoriale et notamment son article 2 ;

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 médecin conseil de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie,

(*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 grave maladie ou en congé d’invalidité temporaire imputable au service depuis le …………….…, pour une durée de ……..…,

# 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 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*** : **Si subrogation** :

Pendant cette période, l'intéressé(e) percevra l'intégralité de son traitement, (*le cas échéant*) 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*). La collectivité est subrogée dans les droits de l’agent à percevoir les indemnités du régime général de sécurité sociale compensant la différence entre le traitement inhérent à la quotité travaillée pendant le temps partiel thérapeutique (*50, 60, 70, 80, 90%*) et le plein traitement habituel de l’agent.

**Hors subrogation** :

Pendant cette période, l’intéressé(e) percevra un traitement inhérent à la quotité effectivement travaillée (*50, 60, 70, 80, 90%*), (*le cas échéant*) de l’indemnité de résidence, du supplément familial de traitement et de son régime indemnitaire (*selon la délibération relative au RIFSEEP*). Il bénéficiera en complément, s’il remplit les conditions, des indemnités versées par le régime général de sécurité sociale.

***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***: Cette autorisation cessera de plein droit à son terme, pourra être renouvelée dans la limite d’un an.

***ARTICLE 5*** : 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