**Arrêté portant placement en congé pour invalidité temporaire imputable au service**

**à titre provisoire**

**de M…………………………………..Grade…………………………………..**

**(Fonctionnaire titulaire affilie à la CNRACL)**

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

Vu le code général de la fonction publique, notamment les articles L. 822-18 à L. 822-25 et L.822-27 à L.822-30,

Vu le n°87-602 du 30 juillet 1987 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,

*(Le cas échéant pour un agent affilié à la CNRACL à temps non complet)* 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,

Vu la déclaration d’accident de service/trajet/maladie professionnelle de M ……………………….., en date du ……………………….., comprenant le formulaire de déclaration d’accident de service/trajet/maladie professionnelle ainsi que le certificat médical initial indiquant la nature et le siège des lésions,

(Le cas échéant) dans l’attente de l’expertise diligentée auprès d’un médecin agréé,

(Le cas échéant) Dans l’attente de l’avis du conseil médical en formation plénière,

**ARRÊTÉ**

**ARTICLE 1 :** M ……………………….est placé*(e)* en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire du ………………………..au ………………………..

**ARTICLE 2 :** M ……………………….bénéficie, à titre provisoire, du maintien de son plein traitement et du remboursement des honoraires et frais médicaux entraînés par l’accident/la maladie professionnelle.

**ARTICLE 3 :** Cette décision pourra être retirée, si au terme de l’instruction, l’imputabilité au service de l’accident/la maladie n’est pas reconnue,

Il sera alors procédé aux mesures nécessaires au reversement des sommes indûment versées.

M ………………………. s’engage à reverser à la collectivité les sommes indûment versées dès l’émission du titre de recettes.

**ARTICLE 4 :** Le ....................................................(1) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera :

- notifié à l’intéressé*(e).*

Ampliation adressée au :

- Président du Centre de Gestion,

- Comptable de la Collectivité.

Fait à .................................... le ....................................

Le Maire *(ou le Président)*

*(Prénom – Nom)*

- certifie sous sa responsabilité le caractère

exécutoire de cet acte,

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un

recours hiérarchique préalable exercé dans un délai de

1. Directeur Général des services si collectivité ≥ 2000 habitants

 Directeur si EPCI

Secrétaire de Mairie si collectivité

 < 2000 habitants

deux mois à compter de la présente notification,

éventuellement suivi d’un recours pour excès de pouvoir

devant le Tribunal Administratif de Poitiers, dans un délai

de deux mois à compter, soit de la réponse de l’administration,

soit de la décision implicite de rejet de cette dernière.

Notifié le ...........................................

Signature de l’agent :