**Arrêté portant placement en congé de maladie ordinaire initial ou de prolongation**

*(Fonctionnaire CNRACL : temps complet /T.N.C sup ou égal à 28 h)*

*(Plein ou demi traitement)*

M …………………………………………………………………………………………….

Grade ………………………………………………………………………………………

Le Maire (*ou le Président*) de ……………………………………………………………………………

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique notamment les articles L. 822-1 à L. 822-5,

*(Le cas échéant) 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 le certificat médical d’arrêt de travail produit par M ……… pour la période du ……… au ……………,

Considérant que pour la période des douze mois précédent cet arrêt de travail M……………… n’a pas bénéficié de congé de maladie ordinaire (ou a bénéficié de ……… jours de congés de maladie ordinaire rémunérés à plein traitement),

(Le cas échéant) Considérant qu’il s’agit d’une prolongation de l’arrêt initial qui ne génère pas de nouvelle journée de carence,

(Le cas échéant si arrêt de maladie > 6 mois consécutifs) Vu l’avis du médecin agréé, en date du….

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :** M ……………… (grade, emploi) ……… à ……. (Temps complet ou temps non complet à raison de ................./ 35ème), est placé(e) en congé de maladie ordinaire du ……… au ………….

(le cas échéant s’il s’agit d’un arrêt initial) Le …… *(citer le jour)*, jour de carence, n’est pas rémunéré.

**ARTICLE 2 :** M …………………… percevra son plein traitement du ……………au ……… (ou bien …. jours à plein traitement du ………… au ………… et/ou ……... jours à demi-traitement du ………… au …………), (le supplément familial de traitement est versé intégralement).\*

\* *Maintien du régime indemnitaire : il convient de se reporter à la délibération de la collectivité instituant le régime indemnitaire. En l’absence de critères relatifs aux absences pour congés de maladie, l’agent ne peut pas prétendre au versement de son régime indemnitaire durant cette période*.

**ARTICLE 3** Le Secrétaire Général (*ou le Directeur Général des Services*) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressée :

- au Président du Centre de Gestion de la Charente

- au Comptable de la collectivité

Fait à………………………,

le……………………………

Prénom, Nom et qualité du signataire

|  |
| --- |
| 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 pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de POITIERS (86) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.  Ce recours peut être déposé sur l’application informatique « Télérecours citoyens », accessible par le site : [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)  Notifié le ……………………………..  Signature de l’agent : |