

**7/11 - ARRETE DE MISE EN CONGE DE GRAVE MALADIE
A PLEIN OU A DEMI-TRAITEMENT
FONCTIONNAIRE A TEMPS NON COMPLET,
MOINS DE 28 HEURES HEBDOMADAIRES
DE M./Mme
GRADE
A temps non complet, à raison de ... heures hebdomadaires**

Le Maire / le Président de

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

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 l'avis du Comité Médical en date du .../.../..., se prononçant pour la mise en congé de grave maladie de M./Mme (nom, prénom), pour une période de à compter du .../.../...,

Considérant que M./Mme (nom, prénom) n'a pas bénéficié d'un congé de grave maladie au cours des douze derniers mois,

OU

Considérant que M./Mme (nom, prénom) a déjà bénéficié d'un congé de grave maladie du .../.../... au .../.../..., rémunéré à plein traitement (ou demi traitement),

ARRETE

Article 1^{er} : A compter du .../.../..., M./Mme (nom, prénom, grade) est placé(e) en congé de grave maladie à plein traitement (ou demi-traitement), pour une période de,

OU

A compter du .../.../..., M./Mme (nom, prénom) est maintenu(e) en congé de grave maladie à plein traitement (ou demi-traitement), pour une période de,

Article 2 : M./Mme (nom, prénom) percevra l'intégralité (ou la moitié) de son traitement sur la base de ... heures hebdomadaires pendant la période d'arrêt de travail du .../.../... au .../.../... (l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement restent versés au prorata de la durée hebdomadaire de service),

Article 3 : Le Directeur Général des services 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 / Le Président
(nom, prénom, qualité et signature)

Notifié le .../.../...,
Signature de l'agent

Le Maire / Le Président certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte.

Il informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Besançon dans un délai de deux mois à compter de la présence notification

N.B. : *Durée de grave maladie :*

_trois ans au maximum accordés par période de trois à six mois

_un autre congé de grave maladie peut être accordé après la reprise des fonctions pendant au moins un an.

Rémunération :

_un an à plein traitement,

_deux ans à demi-traitement.