**1/3) - ARRETE DE MISE EN DISPONIBILITE DE DROIT POUR RAISONS FAMILIALES**

**POUR DONNER DES SOINS A ……………. (motif)\***

**DE M./Mme …………………………………**

**GRADE ………………………………………**

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° 86-68 du 13 janvier 1986 relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux et à l’intégration,

Vu la demande écrite en date du …… de mise en disponibilité pour … (motif) \*, présentée par M. (ou Mme) ……… (*nom, prénom, grade*), pour une durée de …… à compter du ……,

Considérant que la disponibilité pour … (motif)\* est accordée de droit,

ARRETE

ARTICLE 1 :

A compter du ……, M. (ou Mme) ……… (nom, prénom, grade) est placé(e) en disponibilité pour … (motif)\* pour une durée de … (maximum 3 ans),

ARTICLE 2 :

Pendant cette période, M. (ou Mme) ……… (nom, prénom) ne perçoit aucune rémunération et cesse de bénéficier de ses droits à l’avancement et à la retraite,

ARTICLE 3 :

M. (ou Mme) ……… (nom, prénom) devra solliciter sa réintégration ou la prolongation de la disponibilité trois mois au moins avant l’expiration de la période de disponibilité en cours, faute de quoi, M. (ou Mme) ……… pourra être radié(e) des cadres et perdre sa qualité de fonctionnaire,

**ARTICLE** 4: Le Directeur Général des services est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’intéressé(e).

Ampliation sera adressée au : Président du Centre de Gestion et au Comptable de la Collectivité.

Fait à ………… le …/…/…, Notifié le …/…/…,

Le Maire / Le Président Signature de l’agent

(*nom, prénom, qualité et signature*)

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

*(\*) a) disponibilité pour donner des soins au conjoint, au partenaire de PACS, à un enfant ou à un ascendant à la suite d’un accident ou d’une maladie grave : trois ans renouvelable deux fois,*

*b) disponibilité pour donner des soins au conjoint, au partenaire de PACS, à un enfant ou à un ascendant atteint d’un handicap nécessitant la présence d’une tierce personne : sans limite*