**ARRETE D’AUTORISATION D’EXERCICE DES FONCTIONS**

**A TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

**DE M./Mme … GRADE …**

**(Agent affilié au régime spécial de sécurité sociale – CNRACL)**

16/06/2022

Le Maire / le Président de … ,

* Vu le **C**ode **G**énéral de la **F**onction **P**ublique notamment ses article 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,
* Vu le décret n°2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique territoriale,
* Considérant que M … est titulaire du grade de … à temps complet,
* (Eventuellement) Considérant que M … a été placé en congé de maladie ordinaire (ou congé de longue maladie, longue durée ou pour CITIS)
* Considérant que le fonctionnaire en activité peut être autorisé à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique lorsque l'exercice des fonctions à temps partiel permet (article L 823-1 CGFP) :
* soit le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé et est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de son état de santé,
* soit, à l'intéressé de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé,
* Considérant que l’intéressé remplit les conditions requises,
* Vu la demande d’autorisation de travail à temps partiel pour raison thérapeutique présentée par M ... accompagnée d’un certificat médical indiquant la quotité de temps de travail, la durée et les modalités d'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique prescrites,
* (Eventuellement) Vu l’avis du conseil médical (se reporter aux cas de saisine de cette instance cf décret 87-602 en son article 4),

**ARRETE**

**Article 1er** : A compter du … , M./Mme … (*nom, prénom, grade*), titulaire, au … échelon, est autorisé à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique à raison de … % du service à temps complet, pour une durée de … (1 à 3 mois), soit jusqu’au … inclus.

**Article 2** : Pendant cette période de temps partiel thérapeutique, M./Mme …percevra l’intégralité de son traitement afférent au … échelon de son grade … indice brut ... ainsi que l’intégralité du supplément familial,

**Article 3** : Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e) ; ampliation en sera adressée à l’agent comptable de la collectivité, ainsi qu’à Monsieur le Président du Centre de Gestion.

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

Le Tribunal Administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.