**ARRETE DE RENOUVELLEMENT 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,
* Vu la demande écrite présentée par M./Mme ... sollicitant un renouvellement de travail à temps partiel pour raison thérapeutique,
* Vu le certificat médical en date du …, (avis facultatif mais conseillé pour la période de renouvellement),
* Vu l’avis du médecin agréé en date du … (avis obligatoire pour la période de renouvellement) précisant la justification médicale, la quotité de travail sollicitée et la durée de travail à temps partiel pour raison thérapeutique demandée,
* (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** : Le temps partiel thérapeutique de M./Mme … (*nom, prénom, grade*), est renouvelé à compter du … pour une durée de … (3 mois maximum)

**Article 2** : Pendant cette période M./Mme … (*nom, prénom*), effectuera son service à … % et 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.