**Arrêté d’autorisation d’exercice d’un service à**

**temps partiel thérapeutique**

**pour Monsieur *(ou Madame)* …**

***(Agent relevant de la CNRACL)***

***Les mentions en italique constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

Le Maire *(ou le Président)* de...

Vu le Code Général de la Fonction Publique,

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°2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la Fonction Publique Territoriale,

Vu le décret n°2004-777 du 29 juillet 2004 relatif à la mise en œuvre du temps partiel dans la fonction publique territoriale,

*Le cas échéant pour un fonctionnaire stagiaire :* *Vu le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,*

*Le cas échéant si fonctionnaire à temps non-complet ≥ 28 h :* *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,*

*Le cas échéant si l’agent était placé en congé pour raison de santé : Vu l'arrêté en date du... plaçant Monsieur (ou Madame)... en position de congé de... (Type de congé : maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, accident de service, ou maladie professionnelle),*

*Uniquement si existence d’un régime indemnitaire,*

Vu la délibération du … instituant le régime indemnitaire,

*Uniquement si renouvellement d’un temps partiel thérapeutique*

Vu le ou les arrêtés n° …, du … relatifs au temps partiels thérapeutique déjà octroyés,

Vu la demande écrite du … 2022, d’autorisation de travail à temps partiel thérapeutique présentée par Monsieur *(ou Madame)* ... grade … échelon … , accompagnée d’un certificat médical établi par le docteur … , médecin traitant pour une durée de … *(1 à 3 mois)* à compter du … et une quotité de … *(50%, 60%, 70%, 80% ou 90%)*,

*Avis facultatif pendant les 3 premiers mois, en revanche, avis obligatoire au-delà du 3ème mois*

**Vu** l’avis favorable / défavorable reçu le …du docteur…, médecin agréé concernant l’octroi / le renouvellement du temps partiel thérapeutique - ……% - à compter du ................, pour une durée de*......* mois, soit jusqu’au…*(1 mois minimum et 3 mois maximum)*,

*Uniquement en cas d’avis discordants entre le médecin traitant et le médecin agréé*

**Vu** l’avis du conseil médical *(comité médical / de la commission de réforme jusqu’au 31/01/2022)* en date du …………….., favorable /défavorable à l’octroi / au renouvellement du temps partiel thérapeutique - ….% - à compter du ………….., pour une durée de*......* mois, soit jusqu’au ……………..,

*Le cas échéant, en cas de reprise après un congé de maladie ordinaire de douze mois consécutifs, d’une période de congé de longue maladie ou de longue durée qui nécessite l’avis favorable du conseil médical :*

*Vu l’avis favorable en date du … rendu par le conseil médical se prononçant pour la reprise de fonction de Monsieur (ou Madame) ...*

Vu l’information du médecin du travail en date du …,

Considérant que l’état de santé de Monsieur *(ou Madame)* ... nécessite une reprise d’activité partielle à raison de … % de sa durée normale de service

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

***Le cas échéant si l’agent était placé en congé pour raison de santé***

A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)*... est réintégré*(e)* dans ses fonctions à la suite d'un congé de... (*maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, accident de service, ou maladie professionnelle)* et est autorisé*(e)* à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, à raison de…% de la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein *(ou pour un fonctionnaires à temps non complet CNRACL : de la durée hebdomadaire du ou des emplois qu'il occupe)* pour une durée de... soit jusqu'au...

***Ou***

***Si l’agent était en activité :***

A compter du ..., Monsieur *(ou Madame)* ... est autorisé*(e)* à exercer ses fonctions à temps partiel thérapeutique, à raison de …% de la durée hebdomadaire de service afférente au temps plein *(ou pour un fonctionnaire à temps non complet CNRACL : de la durée hebdomadaire du ou des emplois qu'il occupe)* pour une durée de ... soit jusqu'au ...

**Article 2 :**

Le temps de travail est organisé de la façon suivante : ... *(Préciser les périodes travaillées et non travaillées selon le cas, sur la journée, la semaine)*.

Durant cette période, Monsieur *(ou Madame)* ... percevra l'intégralité du traitement afférent au ... échelon du grade ... Indice Brut ..., Indice Majoré ..., à raison de …/35ème ainsi que l’intégralité de l'indemnité de résidence, du supplément familial de traitement *(le cas échéant : et de sa NBI s’il n’est pas remplacé dans ses fonctions)*.

***Le cas échéant :*** il *(ou elle)* percevrases primes et indemnités calculées au prorata de sa durée de service soit à raison de ...% du temps partiel thérapeutique accordé *(sauf si un maintien du régime indemnitaire a été prévu par délibération)*.

Par ailleurs, il est précisé que l’agent bénéficiant d’un temps partiel thérapeutique ne peut pas effectuer d'heures supplémentaires ni d'heures complémentaires.

**Article 3 :**

Les périodes de temps partiel thérapeutique sont considérées comme du temps plein pour la détermination des droits à l’avancement d’échelon et de grade, pour la constitution et la liquidation des droits à pension de retraite et pour l’ouverture des droits à nouveau congé de maladie.

***Ou******pour les fonctionnaires stagiaires :***

*La durée du stage est prolongée pour atteindre la durée correspondant à la période de stage effectuée par les agents à temps plein.*

*Toutefois, la période de service effectuée à temps partiel pour raison thérapeutique sera prise en compte, lors de la titularisation, pour l'intégralité de sa durée effective, dans le calcul des services retenus pour le classement et l'avancement)*

**Article 4 :**

La présente période de temps partiel thérapeutique fixée à … *(durée en mois)* est renouvelable, dans la limite d'un an.

Dans le cas contraire, l'agent sera réintégré à temps plein à l'issue de la période.

Le fonctionnaire, qui souhaite prolonger l'autorisation d'accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, formule sa demande par écrit en y annexant un certificat médical avant la fin de la présente période.

Lorsque sa demande vient à porter sa durée totale à trois mois, l'autorité territoriale fait procéder sans délai par un médecin agréé à l'examen de l'intéressé, qui est tenu de s'y soumettre sous peine d'interruption de l'autorisation dont il bénéficie.

Le médecin agréé rend un avis sur la demande de prolongation au regard de sa justification médicale, de la quotité de travail sollicitée et de la durée de travail à temps partiel pour raison thérapeutique demandée.

Le conseil médical compétent peut être saisi pour avis, soit par l'autorité territoriale, soit par l'agent, des conclusions du médecin agréé.

**Article 5 :**

Sur demande de Monsieur *(ou Madame)* … , l'autorité territoriale peut, avant l'expiration de la présente période de temps partiel pour raison thérapeutique :

* modifier la quotité de travail ou mettre un terme anticipé à la période de service à temps partiel pour raison thérapeutique sur présentation d'un nouveau certificat médical ;
* mettre un terme anticipé à cette période si l'agent se trouve depuis plus de trente jours consécutifs en congé pour raisons de santé ou en congé pour invalidité temporaire imputable au service.

Le placement du fonctionnaire en congé de maternité, en congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou en congé d'adoption interrompt la période en cours de service à temps partiel pour raison thérapeutique

**Article 6 :**

Le Directeur Général des Services *(ou la secrétaire de mairie, le Directeur…)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à Monsieur *(ou Madame)*...

**Article 7 :**

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 Besançon dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.

Le Tribunal Administratif peut être saisi au moyen de l’application informatique télérecours citoyen accessible par le biais du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

**Article 8**:

Ampliation du présent arrêté sera transmise au Comptable de la collectivité, au Président du Centre de Gestion.

Notifié à l'agent le : Fait à ..., le ...

(date et signature) Le Maire *(ou le président)*,