**Arrêté portant placement en congé de maladie ordinaire initial ou de prolongation**

*(Fonctionnaire CNRACL : temps complet /T.N.C sup ou égal à 28 h)*

*(Plein ou demi traitement)*

Le Maire (*ou le Président*) de ……………………………………………………………………………

**VU**

* Le code général des collectivités territoriales,
* Le code général de la fonction publique notamment les articles L. 822-1 à L. 822-5,
* *(Le cas échéant) 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 certificat médical d’arrêt de travail produit par M ……… pour la période du ……… au ……………,

Considérant que sur la période des douze mois précédent cet arrêt de travail M……………… n’a pas bénéficié de congé de maladie ordinaire (ou a bénéficié de ……… jours de congés de maladie ordinaire rémunérés à …………….),

(Le cas échéant) Considérant qu’il s’agit d’une prolongation de l’arrêt initial qui ne génère pas de nouvelle journée de carence,

(Le cas échéant si arrêt de maladie > 6 mois consécutifs) Vu l’avis du médecin agréé, en date du….

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

M ……………… (grade, emploi) ……… à ……. (Temps complet ou temps non complet à raison de ................./ 35ème), est placé(e) en congé de maladie ordinaire du ……… au ………….

(le cas échéant s’il s’agit d’un arrêt initial) Le …… *(citer le jour)*, jour de carence, n’est pas rémunéré.

**Article 2 :**

M …………………… percevra 90 % de son traitement du ……………au ……… (ou bien …. jours à 90 % du traitement du ………… au ………… et/ou ……... jours à demi-traitement du ………… au …………),

(le supplément familial de traitement est versé intégralement).\*

\* *Maintien du régime indemnitaire : Se reporter à la délibération de la collectivité instituant le régime indemnitaire. En l’absence de critères relatifs aux absences pour congés de maladie, l’agent ne peut pas prétendre au versement de son régime indemnitaire durant cette période*.

**Article 3** :

Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé. Ampliation sera adressée au Comptable de la collectivité et à Monsieur le Président du Centre de Gestion.

……… le **CERTIFIE EXECUTOIRE**

Le Maire (*ou le Président*) Notifié le

 (Signature de l’agent)

*Conformément aux dispositions du décret n° 65-29 du 11 janvier 1965 modifié,* la *Présidente certifie sous son autorité le caractère exécutoire de cet acte et informe l’intéressé(e) qu’elle dispose d’un délai de deux mois à compter de la notification pour le contester devant le Tribunal Administratif de BESANCON.*