Arrêté portant mise en (ou prolongation d’un) congé de maladie ordinaire à plein ou demi-traitement de M. Mme ……

(Fonctionnaire à temps non complet affilié à l’IRCANTEC)

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Présidentde .......................................................................................................,

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° 91-298 du 20 Mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

Vu le certificat médical d’arrêt de travail (ou de prolongation d’arrêt de travail),

*(le cas échéant)* Considérant que M ……… est en congé de maladie ordinaire depuis le ……,

ARRETE

Article 1 :

A compter du ……, M ……… est placé(e) en congé de maladie ordinaire à plein traitement (ou demi-traitement), pour une période de ……,

OU

A compter du ……, M ……… est maintenu(e) en congé de maladie ordinaire à plein traitement (ou demi-traitement), pour une période de ……,

Article 2 :

Le premier jour d’arrêt, soit le …sans traitement (ni indemnité de résidence, ni N.B.I, ni primes), le S.F.T sera maintenu dans sa totalité. *(Retirer cette mention en cas de prolongation de l’arrêt maladie initial ou cas de reprise inférieure à 48h entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause au vu de l’arrêt maladie ou de l’attestation sur l’honneur de l’agent)*

- du …au …… rémunération à plein traitement, soit … jours,

**-** *(en cas de passage à demi-traitement*) du … au …rémunération à demi-traitement soit … jours,

Article 3 :

Le présent arrêté sera transmis au comptable de la collectivité et notifié à l'intéressé(e).

Fait à ........................., le ..../..../....

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président,

(nom, prénom et qualité lisible)

**Notifié le :**

**Signature :**

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président informe que la présente décision peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Toulouse dans un délai de 2 mois, à compter de la présente publication par courrier postal (68 rue Raymond IV, BP 7007, 31068 Toulouse Cedex 7 ; Téléphone : 05 62 73 57 57 ; Fax : 05 62 73 57 40) ou par le biais de l’application informatique Télérecours, accessible par le lien suivant : <http://www.telerecours.fr>