Arrêté portant mise en (ou prolongation d’un) congé de maladie ordinaire à 90% ou demi-traitement de M. Mme ……

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

IMPORTANT :

*Depuis l’entrée en vigueur du décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique territoriale il n’y a plus lieu de saisir la formation restreinte du conseil médical (ancien comité médical) après 6 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire (CMO). Il faut obligatoirement saisir la formation restreinte lors de la réintégration à expiration des droits à congés pour raison de santé, c’est-à-dire après 12 mois consécutifs en CMO.*

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 conseils 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 pour une période de ……,

OU

A compter du ……, M ……… est maintenu(e) en congé de maladie ordinaire pour une période de ……,

Article 2 :

Durant le congé maladie, la rémunération de M …est la suivante :

**-** Le ../../….…sans traitement au titre de la carence (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 90% du 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>