**ARRÊTÉ N° 201./......**

**PORTANT MISE *(OU RENOUVELLEMENT)***

 **EN CONGE LONGUE DUREE**

**(Stagiaires / Titulaires CNRACL > ou = à 28heures)**

**M ....................................., emploi ......................................,**

**Le Maire *(ou Le président)* de .................................................,**

**Vu** la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

**Vu** la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

**Vu** le décret n°60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial,

**Vu** le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(À mentionner si l’agent est à temps non complet)* **Vu** le décret n° 91-298 du 20.03.91 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

*(A mentionner si l’agent est stagiaire)* **Vu** le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,

*(A mentionner en cas de conditions d’attributions d’un régime indemnitaire)***Vu** la délibération n°...... du ...... *(Date)*,

**Vu** la demande de M...... du ……, appuyée d'un certificat de son médecin traitant spécifiant qu'il est susceptible de bénéficier d'un congé de longue durée,

**Vu** l'avis du comité médical départemental rendu le ...,

**Considérant** que l'intéressé(e) a épuisé la période rémunérée à plein traitement d’un congé de longue maladie,

*(A mentionner en cas de renouvellement)* **Considérant** que l'intéressé(e) a déjà obtenu les périodes de congé de longue durée suivantes :

- du ........au ................

***ARRETE***

**ARTICLE 1 :** M ......... est placé en congé de longue durée du ....au ………

**ARTICLE 2 :** Durant le congé maladie, la rémunération de M …est la suivante :

* 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 :

* Notifié à l'intéressé,
* Transmis au comptable de la collectivité,
* Transmis au Président du Centre de Gestion

 **Fait à …………………….. Le ………………** (signature de l’autorité territoriale)

**Notifié à l’agent le :**

**(date et signature)**

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