**ARRÊTÉ**

**PORTANT MISE *(OU RENOUVELLEMENT)* EN CONGE MALADIE ORDINAIRE**

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

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

**Vu** le code de la Sécurité Sociale,

**Vu** le code général de la Fonction publique,

**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** le certificat médical,

*(En cas de prolongation d’un arrêt maladie initial ou en cas de reprise inférieure à 48h entre deux congés de maladie accordés au titre de la même cause)***Vu** l'arrêté en date du … plaçant M … en congé de maladie à compter du … et lui appliquant un jour de carence le ….,

**CONSIDERANT** que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M........................n’a pas bénéficié de congé de maladie *(ou a bénéficié de ...............jours de congé rémunéré à plein traitement et ……… jours de congé rémunéré à demi-traitement)*,

*(En cas de congé maladie ordinaire de 6 mois consécutifs)* **Vu** l'avis du comité médical départemental du ...

***ARRETE***

**ARTICLE 1 :** M ......... est placé en congé de maladie ordinaire du .......... au ………..

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

* 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 :** M……devra se soumettre aux contrôles médicaux.

 L’intéressé devra transmettre le certificat médical de prolongation dans un délai maximum de 48 H à compter du 1er jour de la prolongation.

**ARTICLE 4 :** 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.