**Arrêté de mise en disponibilité d’office à la suite D’**

***un congé de longue durée/UN CONGE DE LONGUE MALADIE/UN CONGE DE GRAVE MALADIE/un conge de maladie ordinaire***

**de M…………………………………..Grade…………………………………..**

**(A fonctionnaire titulaire CNRACL)**

Le Maire *(ou le Président)* de ...............................................................................................,

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le décret n° 86-68 du 13 Janvier 1986 modifié, relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux,

Vu le décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

(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,

Vu l’avis du conseil médical en date du …………………………….se prononçant sur la mise en disponibilité d'office pour raison de santé de M ………………………………….. pour une période de ………. mois à compter du …………………………..,

Considérant que M ……………………………….. a épuisé ses droit à en congé *de longue durée, de grave maladie, de longue maladie, de maladie ordinaire* et ne peut dans l’immédiat être reclassé,

ARRÊTÉ

**ARTICLE 1 :** M ........................................ est placé*(e)* en disponibilité d’office à compter du …………………………….. pour une durée de …………………………….

**ARTICLE 2 :** Pendant la durée de disponibilité d’office, M....................................... ne perçoit aucune rémunération et cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite.

**ARTICLE 3 :** Le ....................................................(1) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera :

- notifié à l’intéressé*(e).*

Ampliation adressée au :

- Président du Centre de Gestion,

- Comptable de la Collectivité.

Fait à .................................... le ....................................

Le Maire *(ou le Président)*

*(Prénom – Nom)*

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 hiérarchique préalable exercé dans un délai de

deux mois à compter de la présente notification,

éventuellement suivi d’un recours pour excès de pouvoir

devant le Tribunal Administratif de Poitiers, dans un délai

de deux mois à compter, soit de la réponse de l’administration,

soit de la décision implicite de rejet de cette dernière.

Notifié le ...........................................

Signature de l’agent :

1. Directeur Général des services si collectivité ≥ 2000 habitants

 Directeur si EPCI

Secrétaire de Mairie si collectivité

 < 2000 habitants

**Nb :** La disponibilité d’office est prononcée pour une durée maximale d'un an et renouvelable deux fois. Elle peut être renouvelée une nouvelle fois si le conseil médical estime que l'agent, peut apte à la reprise de ses fonctions au terme d’une année supplémentaire.