|  |  |
| --- | --- |
|  | **MODELE D’ARRETE** |
| **Objet :** CONGES MALADIE | **Date :**05/2022 |

ARRETE PORTANT REINTEGRATION APRES UNE

DISPONIBILITE D’OFFICE POUR RAISON DE SANTE

DE M ...............................................................................................

GRADE ...........................................................................................

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° 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 et commercial,

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,

Vu les congés de maladie obtenus par Monsieur (Madame) … qui a épuisé au … ses droits à congés de maladie,

Vu la situation de Monsieur (Madame) …, (grade) …, (échelle)…, (échelon)…, en position de disponibilité d’office pour raison de santé depuis le … ;

Vu la demande écrite de réintégration présentée le…………par Monsieur (Madame) …,

Vu l’avis du Conseil Médical en formation restreinte en date du … se prononçant sur une réintégration de Monsieur (Madame) … à compter du …

ARRÊTE

ARTICLE 1 :

A compter du ……, Monsieur (Madame) ……… est réintégré(e) dans son emploi,

ARTICLE 2 :

Le Directeur Général des services 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 lisibles et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles et signature)*

Le Maire (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 de Clermont Ferrand soit par voie postale : 6 cours Sablon CS 90129 63033 Clermont Ferrand cedex 1 ou bien par voie électronique sur le site internet : [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

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

Notifié le : ………………

Signature de l’agent :