Arrêté maintenant le versement d’un demi-traitement

à l’expiration des droits statutaires à congé de maladie

(dans l’attente de l’avis du Conseil médical)

(Fonctionnaire affilié au régime spécial de sécurité sociale - CNRACL)

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 modifié relatif à l’organisation des conseils médicaux, aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, et notamment l’article 37,

(*Si temps non complet + 28 heures*) 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 ;

Considérant que M. …………. a épuisé ses droits à congé maladie (maladie ordinaire ou longue maladie ou maladie longue durée) le ………….,

Dans l’attente de l’avis du Conseil médical saisi(e) le………………..devant se prononcer sur la situation de l’agent à l’issue de ses congés de maladie ;

**Arrête**

**Article 1** : A compter du ……………………….., le paiement du demi traitement versé à M................................ (précisez le grade) est maintenu, à titre conservatoire, à l’issue de ses droits à congé de maladie ordinaire, ou de longue maladie, ou de congé de maladie de longue durée, et ce, jusqu'à la date de la décision du Conseil médical.

**Article 2**  : M................................ percevra à compter du .............. la moitié de son traitement (...échelon, indice brut ........., indice majoré ........, échelle ..............) composé de la moitié de son traitement indiciaire sans primes et autres régimes indemnitaires plus l’intégralité du supplément familial de traitement.

**Article 3**  : Le présent arrêté sera transmis à la présidente du centre de gestion, 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>