Modèle à adapter n° 08-D-MOD2 - CDG 53 (mars 2022)

**Arrêté n° \_\_\_ portant mise en congé de maladie à plein-traitement**

**de M./*Mme* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(grade),***

Le Maire, *(le Président),*

*Vu le code général des collectivités territoriales et notamment son article L2122-18 (ou L5211-9),*

# Vu le code général de la fonction publique et notamment ses articles L822-1 et L822-3 à L822-5,

*Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié relatif à l’organisation des comités médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,*

*Considérant que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M./Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n’a pas bénéficié de congé de maladie,*

*OU bénéficié de \_\_\_ jours de congés de maladie rémunérés à plein traitement, ou à demi traitement,*

*Vu le certificat médical prescrivant un arrêt de travail de \_\_\_ jours à compter du*

*arrête :*

**Article 1** : **Placement en congé de maladie**

*M./Mme* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ est placé(e) en congé de maladie ordinaire à compter du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Article 2** : **Rémunération**

*M./Mme* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ continuera à percevoir son plein traitement à partir du 2ème jour de l’arrêt maladie, soit du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inclus. *(****La journée de carence ne s'applique pas pour le 2ème congé de maladie, lorsque celui-ci est pris moins de 48 heures après le premier et que la cause est identique).***

**Article 3** : **Voies et délais de recours**

En cas de contestation, le présent arrêté peut, dans un délai de deux mois à compter de sa notification à l’agent, faire l’objet d’un recours administratif préalable devant l’auteur de la décision et d’un recours contentieux devant le Tribunal Administratif de NANTES.

**Article 4** : **Exécution**

Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Président du Centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Mayenne, M. le Comptable de la collectivité et à l’intéressé(e).

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Notifié à l’intéressé(e) le \_\_\_\_\_\_

Signature de l’agent :

Le Maire (Le Président),