Modèle à adapter n° 08-D-MOD5 - CDG 53 (mars 2022)

**Arrêté n° \_\_\_ de mise en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire**

*Consécutif à un accident de service, un accident de trajet ou une maladie professionnelle de M./Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (grade), fonctionnaire CNRACL*

Le Maire, *(le Président),*

# Vu le code général de la fonction publique et notamment les articles L.813-3, de L.822-18 à L.822-25 et de L.822-27 à L.822-30

*Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,*

*Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et notamment ses articles 37-1 à 37-20,*

*Vu la déclaration de l’agent en date du ………….. comprenant :*

*- le formulaire de déclaration ………………………. (d’accident de service, d’accident de trajet ou de maladie professionnelle) précisant les circonstances de …………. (l’accident ou la maladie) reçu le ……………,*

*- le certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions survenue le ……………*

*Vu le certificat médical de prolongation du ……………… pour la période du ………….. au …………..,*

*(le cas échéant) Vu le certificat médical de rechute de ………. (l’accident ou la maladie) survenu le ………et reconnu imputable au service*

*Vu le courrier en date du …………….. informant M./Mme………………….qu’un examen auprès d’un médecin agréé a été diligenté le …………….. et/ou qu’une enquête complémentaire est nécessaire,*

*(le cas échéant) Vu l’enquête administrative diligentée*

*(le cas échéant) Vu l’expertise du médecin agréé en cours ou en date du ……………..,*

*(le cas échéant) Vu la saisine de la Commission de Réforme en date du …………………..*

*Considérant que les délais de……………..(1 mois pour se prononcer sur l’imputabilité au service de l’accident ou de 2 mois pour se prononcer sur l’imputabilité au service de la maladie) sont dépassés suite à la réception de la déclaration ……….(d’accident ou de maladie professionnelle) et (le cas échéant) qu’un délai supplémentaire de 3 mois s’est ajouté sans qu’une décision puisse être prise,*

*arrête :*

**Article 1 :**

*M /Mme* *…………….…. (grade)…………….,* est placé(e) en congé pour invalidité temporaire imputable au service à titre provisoire à compter du ……………………

**Article 2 :**

*M /Mme* ………………….. bénéficiera de l'intégralité de son traitement, les avantages familiaux et selon le cas l’indemnité de résidence jusqu’à ce qu’une décision définitive soit prise au terme de l’instruction.

**Article 3 :**

La collectivité pourra retirer ladite décision en cas de non reconnaissance de l’accident ou de la maladie imputable au service et procèdera aux mesures nécessaires au reversement des sommes indûment versées.

**Article 4 :**

Le Directeur Général 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

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

Signature de l’agent :

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

Le Maire (Le Président),