|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………**Arrêté portant prolongation en congé de maladie ordinaire** *(Fonctionnaire CNRACL : temps complet /T.N.C sup ou égal à 28 h)**(90% du traitement ou demi-traitement)*M …………………………………………………………………………………………….Grade ……………………………………………………………………………………… |

Le Maire (*ou le Président*) de ……………………………………………………………………………

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu les articles 113 et 115 de la loi n°2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018,

Vu l’article 189 de la loi n°2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025 modifiant l’article L.822-3 relatifs aux conditions de versement du traitement des fonctionnaires pendant le congé de maladie,

Vu le code général de la fonction publique, notamment les articles L.822-1 à L.822-5,

*(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,*

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

*(Si une NBI est versée à l’agent) Vu le décret n°93-863 du 18 juin 1993 relatif aux conditions de mise en œuvre de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) dans la fonction publique territoriale, notamment l’article 2,*

*(Si dispositif « transfert primes/points » appliqué à l’agent) Vu la loi n°2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016, notamment l’article 148*

*(Si un CTI est versé à l’agent) Vu le décret n°2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d’un complément de traitement indiciaire à certains agents publics, notamment l’article 15*

*(Si une délibération fixe les critères de modulation du régime indemnitaire en cas d’absence) Vu la délibération n°…. en date du …. concernant le régime indemnitaire applicable à l’agent,*

Vu le certificat médical d’arrêt de travail en date du…. prescrivant un arrêt de travail pour la période du …………………… au ……………,

Considérant que pour la période des douze mois précédant la prolongation d’arrêt de travail, M………………… a bénéficié de ……… jours de congés de maladie ordinaire rémunérés à 90% traitement *(et le cas échéant à demi-traitement),*

Considérant qu’il s’agit d’une prolongation de l’arrêt initial qui ne génère pas de nouvelle journée de carence,

*(Le cas échéant) Vu l’avis du médecin agréé (arrêt de maladie > 6 mois consécutifs),*

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :** M ……………… (grade, emploi) ……… à ……. (Temps complet ou temps non complet à raison de ............../ 35ème), est maintenu (e) en congé de maladie du ……… au ………….

**ARTICLE 2 :** L’agent percevra 90% de son traitement du ……………au …………… et/ou son demi-traitement du … au…….

(ou bien ……… jours à 90% du traitement du …………… au …………… et ……… jours à demi-traitement du ………… au ………….)

Le supplément familial de traitement est versé intégralement durant la totalité du congé maladie.

**ARTICLE 3 :** Durant la période du congé de maladie :

* *(Si attribuée)* La NBI est maintenue dans les mêmes proportions que le traitement ;
* *(Si attribué) Le CTI est maintenu dans les mêmes proportions que le traitement ;*
* *(Si attribué) Le dispositif « transfert primes/points » est maintenu dans les mêmes proportions que le traitement ;*
* *(Si attribuée) L’indemnité compensatrice de la hausse de la CSG est maintenue dans les mêmes proportions que le traitement ;*
* (*Si délibération, préciser la modulation du régime indemnitaire durant le congé maladie).*

**ARTICLE 4 :** Le Secrétaire Général (*ou le Directeur Général des Services*) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressée :

 - au Président du Centre de Gestion de Loir-et-Cher

 - au Comptable de la collectivité

 Fait à………………………,

 le……………………………

 Prénom, Nom et qualité du signataire

|  |
| --- |
| 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 pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif d’Orléans dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.Ce recours peut être déposé sur l’application informatique « Télérecours citoyens », accessible par le site : [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)Notifié le ……………………………..Signature de l’agent : |