

ARRETE DE MISE EN DISPONIBILITE D'OFFICE (après maladie)
de M_____ , (GRADE)

* * * * *

Le Maire, (Le Président) de _____,

- VU le Code Général des collectivités territoriales ;
- VU la loi N° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- VU la loi N° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale ;
- VU le décret N° 60-58 du 11 janvier 1960 modifié, 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° 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° 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 ;
- *(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 ; (1))*
- VU l'avis du Comité Médical attestant que M_____ est inapte à reprendre ses fonctions ;
- Considérant que M_____ a épuisé ses droits à congés de maladie _____ (*ordinaire, longue maladie ou longue durée*) ;

A R R E T E

ARTICLE 1 : M_____ est placé(e) en disponibilité d'office pour une durée de _____ à compter du _____.

ARTICLE 2 : Pendant cette période, M_____ cesse d'être rémunéré(e) et ses droits à l'avancement et à la retraite sont suspendus.
Cependant, il (elle) conserve le bénéfice de son affiliation au régime spécial tant qu'il (elle) perçoit les prestations prévues à l'article 4 ou à l'article 6 du décret N° 60-58 du 11 Janvier 1960.

ARTICLE 3 : Le Directeur Général des services est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera : Notifié à l'intéressé(e).

Ampliation du présent arrêté sera adressée à :

- Monsieur le Président du Centre de Gestion,
- Monsieur le Comptable de la Collectivité,
- Monsieur le Directeur de la CPAM dont relève l'agent.

Fait à _____ le _____,
Le Maire (ou Le Président),
Nom :
Prénom :
Signature :

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 dans un délai de deux
Mois à compter de la présente notification.
Notifié le

Signature de l'agent :

(1) à indiquer uniquement pour les fonctionnaires à temps non complet.