**ARRÊTÉ REFUSANT LE PLACEMENT EN CONGÉ POUR INVALIDITE**

**MODELE**

**TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE**

Le Maire (ou le Président) de .................................

VU la loi nº 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 21bis,

VU la loi nº 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale,

VU le décret nº 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, notamment ses articles 37-1 et suivants,

VU l'arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière,

VU l’arrêté en date du …………. plaçant provisoirement M/Mme ……………………… en congé pour invalidité temporaire imputable au service en date du ……………. jusqu’au ……………………*(Le cas échéant si un arrêté de CITIS provisoire a été pris),*

VU la déclaration relatant les circonstances de la maladie professionnelle dont l’agent a été victime le ………………,

VU le certificat médical initial en date du ………………. établi par le docteur ………………… et prescrivant un arrêt de travail à M/Mme …………… à compter du …..……..,

VU le rapport du médecin de prévention en date du …………..,

VU les conclusions de l’enquête administrative en date du …………..., (*Le cas échéant)*

VU les conclusions administratives de l’expertise médicale en date du ……….…...., (*Le cas échéant)*

VU l’avis de la commission de réforme en date du ………..., (*Le cas échéant si la commission de réforme a été saisie*) indiquant……..... *(Résumé de la teneur de l’avis de la commission de réforme),*

Icône rouge exclamation point alerte triangle à télécharger gratuitement **(Le « CONSIDERANT » est à adapter en fonction de chaque situation – voir exemple ci-dessous)**

CONSIDERANT au vu des éléments susvisés, notamment l’avis de la commission de réforme en date du…….. dont copie est jointe au présent arrêté, ainsi que les conclusions de l’expertise médicale en date du….., que la maladie dont souffre M……..n’est pas d’origine professionnelle car elle ne figure pas au tableau des maladies professionnelles et n’est pas essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et/ou n’entraîne pas une incapacité permanente égale ou supérieure à 25%,

**ARRÊTE**

**Article 1er** : La maladie d'origine professionnelle dont est victime M/Mme ................. n’est pas reconnue comme imputable au service.

**Article 2** : M/Mme ……………………. est placé(e) en congé de maladie ordinaire à compter du …………… jusqu’au ……………. Le premier jour de cet arrêt constitue le jour de carence pour lequel il ne percevra pas de rémunération.

**(Le cas échéant article 2 Bis, si l’instruction s’est étendue hors-délai et qu’un arrêté de CITIS PROVISOIRE a été pris)**

**Article 2 Bis** : L’arrêté de placement provisoire en congé pour invalidité temporaire imputable au service en date du…………. est retiré.

Par conséquent, M/Mme……………. doit rembourser les sommes versées à tort au titre du maintien du plein traitement ainsi qu’au titre des frais médicaux engagés, le cas échéant.

**Article 3 :** Le présent arrêté sera notifié à l'agent. Une copie sera transmise au comptable de la collectivité et au Président du Centre de Gestion.

Le Maire (ou le Président), Fait à………………………………

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte, le .............................……………..

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un Le Maire(ou le Président)

d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Lyon dans un délai de deux mois à compter de la présente notification. Le Tribunal administratif peut être saisi d’une requête déposée sur le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié le .....................................Signature de l’agent :