ARRETE DE REINTEGRATION A L’ISSUE D’UN CONGE POUR INVALIDITE TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE (CITIS)

**De Monsieur *(ou Madame)* …**

***(Fonctionnaire affilié au régime spécial de sécurité sociale – CNRACL)***

***Les mentions en italique constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

Le Maire *(ou le Président)* de...

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

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 maladies des fonctionnaires territoriaux et notamment ses articles 37-1 à 37-20,

***Le cas échéant pour un stagiaire****: Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 relatif aux agents stagiaires de la fonction publique territoriale,*

***Le cas échéant pour un fonctionnaire à temps non-complet ≥ 28 h :*** *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,*

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 … fixant la dernière situation administrative de Monsieur (ou Madame) …, au grade …, … échelon, IB…, IM… avec une ancienneté de … ;

Vu l’arrêté en date du … plaçant Monsieur *(Madame)* … en congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) pour la période du … au … ;

***Le cas échéant :***

Vule certificat final de guérison ou de consolidation délivré par Monsieur *(Madame)* … médecin traitant de l’agent en date du …, mettant fin à l’accident *(ou la maladie professionnelle)* et autorisant Monsieur *(Madame)* … à reprendre ses fonctions à compter du …

***Ou***

*Vu les conclusions du docteur …, médecin agréé de la Fonction Publique Territoriale, fixant la date de consolidation (ou de guérison) au …*

*Vu**l’avis du conseil médical en date du …, fixant la date de consolidation (ou de guérison) au …*

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

Monsieur *(Madame)* …, né(e) le …, est réintégré*(e)* dans ses fonctions à compter du …

Article 2 :

Le Directeur Général des Services *(ou la secrétaire de mairie, le Directeur…)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à Monsieur *(ou Madame)*...

**Article 3 :**

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’Amiens dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.

Le Tribunal Administratif peut être saisi au moyen de l’application informatique télérecours citoyen accessible par le biais du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

**Article 4**:

Ampliation du présent arrêté sera transmise au Comptable de la collectivité, au Président du Centre de Gestion.

Notifié à l'agent le : Fait à ..., le ...

(date et signature) Le Maire *(ou le Président)*,