**ARRÊTÉ DE REINTEGRATION A TEMPS PLEIN**

**APRES UN TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

**De Monsieur *(ou Madame) …,***

***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,

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,

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

***Le cas échéant si fonctionnaire à temps non complet :*** *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,*

***Ou pour les contractuels de droit public :*** *Vu le Décret n° 88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,*

Vu l’arrêté en date du … accordant l'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique de Madame *(Monsieur)* …, pendant une durée de *…*

*Vu l’arrêté en date du … prolongeant* *l'exercice des fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique de Madame (Monsieur) …,* jusqu’au *…*

Vu la situation administrative de l'agent qui est actuellement au ...ème échelon de son grade de ... *(ou titulaire d’un contrat de droit public sur le grade de …)* depuis le...

***Le cas échéant en cas de non-présentation d’une demande de renouvellement du TPT :*** Considérant que Monsieur *(ou Madame)* … n’a pas présenté de nouvelle demande de prolongation de son autorisation d'exercer ses fonctions à temps partiel pour raison thérapeutique

***Ou après un an de TPT :*** *Considérant que Madame (Monsieur) … a accompli une durée totale* *d’un an de service à temps partiel pour raison thérapeutique du … au …*

***Ou en cas de fin anticipée du TPT :*** *Considérant la demande écrite de Monsieur (ou Madame) … sollicitant la fin anticipée de son temps partiel thérapeutique et le certificat médical du docteur … en date du …*

Considérant que Monsieur *(ou Madame)* … doit être réintégré à temps plein.

**ARRÊTE**

**Article 1** :

A compter du …, *Madame (Monsieur)* …, *né(e) le …, (grade)…,* est autorisé*(e)* à reprendre ses fonctions à temps plein sur un temps d’emploi hebdomadaire de …/35.

***Le cas échéant, pour un fonctionnaire stagiaire :*** *Compte-tenu de la durée de service effectué à temps partiel pour raison thérapeutique par Madame (Monsieur) … pendant son stage probatoire, ce dernier est prolongé jusqu’au … afin d’atteindre la durée correspondant à la période de stage effectuée par les agents à temps plein.*

*Toutefois, la période de service effectuée à temps partiel pour raison thérapeutique sera prise en compte, lors de la titularisation, pour l'intégralité de sa durée effective, dans le calcul des services retenus pour le classement et l'avancement.*

**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)*,