**ARRÊTÉ**

**De réintégration à temps plein après mise à temps partiel pour raison thérapeutique**

**De M. ou Mme [Nom Prénom]**

**[grade]**

Le Maire *(ou le Président)* de [collectivité ou établissement public],

Vu le code général de la fonction publique, et notamment ses articles L.823-1 à L.823-6,

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,

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, *(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, (*le cas échéant*)

Vu le décret n° 2021-1462 du 8 novembre 2021 relatif au temps partiel pour raison thérapeutique dans la fonction publique territoriale,

Vu l’arrêté portant mise à temps partiel thérapeutique de M. ou Mme [**Nom, Prénom**] à compter du [**date**] et pour une durée de [**durée**],

Vu l’arrêté portant prolongation de mise à temps partiel thérapeutique de M. ou Mme [**Nom, Prénom**] à compter du [**date**] et pour une durée de [**durée**], *(le cas échéant)*

Vu la demande écrite présentée par M. ou Mme [**Nom, Prénom**] de réintégration à temps plein à compter du [**date**] et accompagnée d’un certificat médical favorable à cette reprise établi en date du [**date**], *(le cas échéant, en cas de réintégration anticipée)*

**ARRÊTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Article 1** **:** | M. ou Mme [**Nom, Prénom**], [**grade**], est réintégré(e) à temps plein dans ses fonctions à compter du [**date**]. |
| **Article 2** **:** | Le Secrétaire Général (ou le Directeur Général) est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :  - Notifié à l'intéressé(e).  Ampliation adressée au :  - Président du Centre de gestion,  - Comptable de la collectivité. |

Fait à [**commune**], le [**date**]

Le Maire *(ou le Président),*

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.

Le tribunal administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr

Notifié le [**date**] Signature de l’agent :