**ARRÊTÉ DE REINTEGRATION A TEMPS PLEIN**

**APRES TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE**

**De Monsieur *(ou Madame) …, (Grade) …***

***Les mentions en italiques 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 la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 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, notamment le 4° bis de l'article 57,

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 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 l’avis du Comité Médical *(ou de la Commission de Réforme)* en date du …, autorisant la réintégration à temps plein de *Madame (Monsieur)* …, à compter du …

Vu la situation administrative de l'agent qui est actuellement au ...ème échelon de son grade de... depuis le...

**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.

**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.

**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)*,